

Année 1931

THÈSE

N°

485

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

NGUYEN-KIEN BA

Né le 7 Avril 1903, à Bentre (Cochinchine)

Contribution à l'Etude Clinique des

Accès Pernicieux du Paludisme

Président : M. le Professeur H. CLAUDE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

NGUYEN-KIEN BA

Né le 7 Avril 1903, à Bentre (Cochinchine)

Contribution à l'Etude Clinique des

Accès Pernicieux du Paludisme

Président : M. le Professeur H. CLAUDE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BALTHAZARD.
I. — Professeurs	MM.
Anatomie.....	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale...	GREGOIRE
Physiologie.....	BINET
Physique médicale.....	STROHL
Chimie médicale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BAUDOUIN
Pathologie médicale.....	CLERC
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET
Thérapeutique.....	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
Clinique médicale.....	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	MARCEL LARRE
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale.....	DELbet
	CUNéo
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique urologique.....	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGEANT
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	de GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN ...	Pathologie médicale.	DOGNON.....	Physique.
BENARD	Pathologie médicale.	DONZELOT.....	Pathologie médicale.
BROcq	Pathologie chirurgicale.	ÉCALE	Obstétrique.
BRULE	Pathologie médicale.	FEY.....	Urologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	GARNIER.....	Pathologie expérimentale
CATHALA	Pathologie chirurgicale.	GASTINEL.....	Bactériologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GATELLIER.....	Pathologie chirurgicale
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	GIROUD.....	Histologie.
		HAZARD.....	Pharmacologie.

MM.

HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBE HENRI..	Chimie biologique.
LAROCHE.....	Parasitologie.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.

MM.

MULON.....	Histologie.
OBERLING....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
N.....	Physiologie.
SANNIE.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur)..... Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie
REITTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	— —
DEBRE.....	— —
DUVOIR.....	— —
FIESSINGER....	— —
LAIGNEL-LAVASTINE	— —
BASSET.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	— —

MM.

HEITZ-BOYER..	Clinique Chirurgicale.
MATHIEU.....	— —
MOCQUOT.....	— —
PROUST.....	— —
SCHWARTZ....	— —
LE LORIER....	— —
LEVY-SOLAL...	Clinique obstétricale.
METZGER.....	— —

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....	Education physique.
WEILL-HALLE.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection
profonde.*

A MES BEAUX-PARENTS

*Hommage respectueux de votre en-
fant reconnaissant.*

A MA SOEUR, A MON FRÈRE

Très affectueusement.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Professeur de Clinique des maladies mentales
et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Asile Saint-Anne

Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon admiration.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-VALENSI

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Médecin de l'Asile Saint-Anne

Officier de la Légion d'honneur

Dont je n'oublierai pas le caractère
paternel de ses conseils éclairés.

Qu'il m'en soit permis de lui témoi-
gner ici ma profonde gratitude et mon
respectueux attachement.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE HANOI

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Cette partie de la nosologie nous semble loin encore d'avoir dit son dernier mot, rien qu'en égard à la place importante, nous allions dire prépondérante, qu'elle occupe dans la morbidité des pays chauds comme le nôtre. Sans être trop pessimiste, nous croyons qu'il suffit de séjourner pendant un certain temps dans nos climats, peu cléments du reste, sur ces terres inhospitalières que sont nos hautes régions, pour pouvoir mesurer l'étendue des ravages faits par le paludisme et pour avoir une idée nette de l'envergure du danger de la perniciosité malarique.

Lors de notre séjour à l'hôpital du Protectorat à Hanoï, nous avons eu souvent, pour ne pas dire toujours, l'occasion de voir des contingents de malades qui nous reviennent de ces régions de terreur que sont les hautes régions. Ce sont des détroques humaines qui font le dégoût des gens, mais qui nous inspirent réellement de la pitié, à nos yeux d'étudiant habitués pourtant à contempler le spectacle des misères humaines. Rien d'étonnant dès lors à concevoir comment sur ces organismes minés par la misère, surchauffés du matin au soir par le

soleil des tropiques, sur ces hommes ignorants, misérables, mal nourris, mal vêtus, exposés à toutes les intempéries, facilement adonnés aux abus de toutes sortes, rien n'est difficile, disions-nous, de concevoir comment sur ces « quelques choses » qui n'ont d'humain que le nom, les accès pernicieux du paludisme ont trouvé facilement un terrain favorable à leur éclosion. Oui, ce sont ces « quelques choses » que nous revoyons d'ici avec émotion en écrivant ces lignes, les uns souriants quand même dans leur détresse, les autres dans leur agonie crispés de haine et de rancune, ce sont ces « quelques choses » en effet qui nous ont fourni l'occasion de voir et d'étudier de près les accès pernicieux du paludisme,

C'est en les soignant, avec un dévouement d'autant plus complet qu'il a été inspiré par la pitié, que des lueurs d'idées se sont fait jour dans l'obscurité de notre cerveau.

Ce ne sont que des lueurs, passagères au début, mais qui ne tardent pas à se cristalliser peu à peu dans la suite, à force de se répéter au chevet des malades, dans ces longues salles d'hôpital, constellées de deux rangées de lits, sur lesquels nous revoyons pencher chaque matin nos maîtres d'antan toujours souriants de bonté et de bienveillance, et dont le souvenir nous remplit d'un sentiment d'affectueuse reconnaissance.

Ces idées, nées dès le début de notre carrière, sont longtemps refoulées en nous mêmes en attendant de pouvoir prendre corps et de se confirmer. Nous tâchons de les préciser aujourd'hui dans notre thèse inaugurale que nous avons l'honneur de présenter à nos Maîtres de Paris comme l'expression de notre respectueuse grati-

tude pour des horizons nouveaux qu'ils nous ont largement ouverts.

Certes, dans ce modeste travail qui marquera la première étape de notre carrière médicale, nous n'avons pas la prétention, loin de là, de remanier les idées qui nous semblent déjà admises ; nous ne ferons que préciser certains points, les uns d'ordre théorique, d'autres d'ordre essentiellement pratique, en insistant toutefois sur certaines parties qui nous paraissent avoir une importance toute spéciale pour ceux de nos confrères appelés à exercer particulièrement dans notre pays.

Nous terminerons en disant simplement ce que nous pensons des accès pernicioeux du paludisme, comment nous les concevons à notre façon, et cela toujours en nous appuyant sur des arguments tirés de la clinique.

HISTORIQUE

On dit que le passé ne peut plus intéresser personne. Il n'est pas inutile pourtant de remonter parfois à la source des choses, non pas seulement par esprit de pure curiosité, mais bien pour avoir une notion précise de la conception première et progressive, à la faveur de laquelle les accès pernicioeux se sont introduits insensiblement dans le cadre du paludisme.

En effet, le paludisme est connu du temps d'Hippocrate. Cependant rien dans les écrits des anciens ne peut nous faire pressentir qu'ils eurent une connaissance réelle de ce que nous appelons les accès pernicioeux du paludisme, du moins en tant qu'espèce morbide.

Dans les livres des épidémiologistes de la fin du dix-septième siècle, on ne trouve qu'un pressentiment vague, une lueur indécise indiquant le sujet sans l'éclairer ni le dessiner suffisamment.

Deux d'entre eux cependant font exception. C'est à leur gloire qu'ils ont reconnu la nature de cette variété morbide dont les premiers ils ont ébauché une description clinique et leurs idées à ce point de vue ne diffèrent pas sensiblement de celles de leurs successeurs, sinon peut-être quant à la forme.

Le premier des deux est le médecin des deux rois d'Es-

pagne, Philippe II et Philippe III, l'illustre *Mercatus*, qui traite admirablement la question, eu égard à l'époque où il vit (*De tertiana perniciosa. Opera omnia*). « La fièvre pernicieuse, dit-il, est la fièvre tierce qui, sous le masque trompeur d'un type tierce, devient mortelle et se complique de mille accidents périlleux ».

Le second auteur en date qui ait bien décrit la fièvre pernicieuse est le célèbre médecin de Londres, contemporain de SYDENHAM (fin du dix-septième siècle), Richard MORTON (*De proteiformi Intermittentis febris genio in pyretologia*). Cette fièvre qui est susceptible de simuler les maladies les plus diverses, revêt ordinairement de multiples formes. « C'est en vain, ajoute MORTON, que le médecin attaque les symptômes du mal avec les remèdes appropriés : car tant qu'on néglige le ferment fébrile, à la prochaine période d'effervescence, les symptômes premiers ou d'autres encore plus funestes réapparaissent inopinément : alors le médecin fait le métier de SISYPHE et le malade aux dépens du précieux trésor de l'existence ou du moins à son grand péril, porte la peine de l'ignorance ou de l'incurie du médecin ».

Notre auteur, thérapeutiste aussi sagace que brillant écrivain, formula nettement le traitement de cette fièvre par l'emploi de l'écorce péruvienne : mais dans le cas d'accidents cérébraux, de pneumonie, etc... il pratiquait la saignée avant de donner le remède spécifique.

Cependant, il faut arriver à François TORTI, très célèbre médecin de Modène, pour avoir une doctrine complète des fièvres pernicieuses. Le livre qu'il nous a laissé (*Thérapeutice specialis ad febris periodicas perniciosas*,

Parisiis, 1821) forme le code le plus précis et le plus admirable des formes de cette fièvre et des indications de leur traitement. Quiconque voudra posséder de saines notions sur cette matière devra remonter à la source vive, et lire le troisième livre de cet ouvrage, merveille de méthode, de description élégante et rigoureuse au milieu de cet incomparable chef-d'œuvre qui comprend cinq livres entiers.

Pour TORTI, la fièvre pernicieuse est celle qui simule une fausse bénignité non en rapport avec les signes de l'accès et sa malignité dépend de mille accidents les plus périlleux qui la compliquent.

Après TORTI, ce furent LAUTTER, SENAC, MÉDICUS, COMPARATI qui ont étudié la question. Mais leurs études ne présentent rien de spécial. Et ce fut le tour d'ALIBERT qui composa son « Traité des fièvres pernicieuses intermittentes » d'après des vues théoriques ou spéculatives et non d'après les faits et surtout sans observations personnelles.

En 1825, BAILLY et en 1828, NEPPLE ont les premiers entrevu ou plutôt pressenti que les accès pernicieux du paludisme sont essentiellement dus aux lésions des organes. En conséquence, ils ont ébauché une division des formes pernicieuses en se basant sur l'ordre à peu près anatomique, c'est-à-dire en rapportant les fièvres intermittentes pernicieuses aux lésions des organes des trois grandes cavités du corps. Mais leur division est un peu confuse et ce n'est qu'en 1836 que MAILLOT, reprenant la question, l'a mieux précisée selon l'ordre des lésions anatomiques.

DUTROULAU, frappé sans doute par le polymorphisme complexe des accès pernicioeux, a resserré davantage le sujet et n'a admis que quatre formes. Avec FALLIER, on entrevoit déjà dans sa conception des différentes formes du paludisme, un commencement de la méthode didactique. COLIN, JACCOUD, LE DANTEC, GRALL n'ont apporté rien de spécial, ils n'ont fait que paraphraser leurs prédécesseurs en mettant, il faut le reconnaître, plus de clarté dans leurs exposés.

Telle est la formation de la nosologie des accès pernicioeux du paludisme. Telle est brossée à grands traits son histoire, à travers les siècles. A son édification, les parts qu'ont prises de multiples artisans, sont diversement importantes, mais toutes aussi utiles les unes que les autres. Ce qui nous semble intéressant dans ce court aperçu historique, c'est la constatation de l'existence pour ainsi dire de deux périodes : la première, que nous pourrions appeler période de formation, qui va de MERCATUS, pour ne pas remonter plus haut, à TORTI, où les matériaux sont accumulés avec plus ou moins d'habileté, plus ou moins de rigueur scientifique. Le monument fut vite bâti par ces artisans de la première heure, et cela avec d'autant plus de mérites qu'ils avaient plus de difficultés à se débrouiller au milieu d'un véritable chaos.

La deuxième qui suit TORTI et s'étend jusqu'à nos jours, semble être une période de retouches ; elle est parfois sillonnée de théories de toute espèce que leur fragilité même a fait successivement disparaître ; mais elle n'en a pas moins entassé de faits précieux, lesquels auront leur place dans la médecine scientifique.

DEFINITIONS

Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire de définir les accès pernicieux du paludisme.

Les auteurs les plus compétents ne s'entendent guère là-dessus et que d'encre a fait couler depuis, cette question de définition. C'est que le médecin n'arrive pas encore à tout définir avec un instrument à la main ; en d'autres termes, nous n'arrivons pas encore au stade où nous puissions concrétiser d'une façon rigoureuse nos estimations de telle façon que celles-ci aient la même échelle de mesure pour tous.

Tant que nous sommes encore obligés d'évaluer nos estimations avec des mots, nous sommes forcés de faire une part importante au coefficient d'appréciation individuel de chacun. Car, qu'on veuille ou non, les mots n'ont pas toujours la même signification pour tous, et il y a de ces nuances dont il faut tenir compte et qui souvent, faute d'être comprises, donnent lieu à des discussions interminables.

Déjà, dès la fin du dix-septième siècle, MERCATUS a essayé de définir les accès pernicieux palustres. « La fièvre pernicieuse est la fièvre tierce qui sous le masque trom-

peur d'un type tierce devient mortelle et se complique de mille accidents les plus périlleux ». Définition pour le moins très vague, mais déjà admirable eu égard à l'époque où vivait le grand médecin.

TORTI n'a pas été plus heureux. Il se perd dans l'imprécision quand il s'agit de définir les phénomènes qu'il a peints en véritable artiste. La définition qu'il donne des accès pernicioeux ne diffère pas sensiblement quant au fond de celle de MERCATUS. « La fièvre pernicioeuse est pour lui celle qui simule une fausse bénignité non en rapport avec les signes de l'accès et sa m lignit  dépend de mille accidents les plus périlleux qui la compliquent ».

Il faut arriver jusqu'à MAILLOT pour voir ébaucher avec une certaine précision la silhouette des accès pernicioeux. « Je pense, dit MAILLOT, qu'on ne doit ranger parmi les fièvres pernicioeuses que celles dont les accidents sont si graves que la mort est imminente et même presque certaine au troisième ou au quatrième accès pernicioeux, lorsqu'on ne les arrête pas dans leur marche ».

En partant de cette donnée, on ne tardera pas à connaître que les phénomènes qui constituent les fièvres intermittentes pernicioeuses ne peuvent être rapportés qu'à la lésion ou de l'appareil cérébro-spinal ou des organes abdominaux ou des viscères contenus dans la cavité thoracique ».

Dans son « Traité des fièvres paludéennes », LAVERAN père estime que c'est à des fièvres palustres intermittentes ou continues se compliquant d'accidents graves que s'applique l'expression d'accident ou d'accès pernicioeux,

Cette idée a été reprise plus tard par LAVERAN fils qui dans son « Traité du paludisme », pense qu'on ne rangera sous le titre d'accès pernicieux que les accidents graves pouvant entraîner rapidement la mort et relevant directement de l'infection palustre.

DUMOLARD, AUBRY et TROLARD voient que « la caractéristique clinique la plus distinctive des accès pernicieux consiste dans les modifications favorables extraordinairement rapides dans l'état du malade, lorsque la mort ne termine pas rapidement la scène. Ces modifications heureuses sont quelquefois spontanées, mais apparaissent le plus souvent sous l'influence d'une médication bien conduite. Tel malade la veille dans le coma, peut le lendemain avoir recouvré toute faculté, ne présentant plus aucun trouble ou seulement des troubles nerveux excessivement légers. La rapidité d'évolution soit vers la mort, soit vers l'amélioration, la variabilité extrême des phénomènes observés, la guérison clinique complète souvent possible des états en apparence les plus désespérés, voilà bien des caractères qui donnent à l'accès pernicieux sa physionomie si spéciale.

Ces caractères se retrouvent dans la plupart des manifestations paludéennes aiguës et sont suffisantes pour donner à l'observateur averti une impression clinique qui dirigera son attention vers la paludisme ».

Il est facile, en effet, de voir que de MERCATUS jusqu'à LAVERAN, les auteurs se sont basés, pour définir les accès pernicieux palustres, sur la notion de gravité des accès. C'est certainement la notion la plus simple et la plus facile à comprendre, et nous croyons que pour ceux qui

ne sont pas avertis, la notion première qu'éveillent dans leur esprit les accès pernicioeux du paludisme est précisément celle-là.

Avec DUMOLARD, AUBRY et TROLARD, orientation nouvelle : ce n'est plus pour ainsi dire le caractère statique des symptômes, mais bien plutôt leur dynamisme dans le temps qui entre en jeu. Les accès pernicioeux se caractérisent dès lors moins par la gravité que par la soudaineté, la brusquerie, la rapide évolution des accidents.

Point n'est besoin de dire que ces deux façons de voir sont aussi justes l'une que l'autre. Mais si de prime abord elles frappent fortement notre imagination par leur justesse clinique, il n'en est pas moins vrai qu'à la réflexion, ces définitions laissent plus ou moins à désirer.

Qu'on dise que accès pernicioeux signifie accès grave, l'accord est parfait là-dessus. Mais l'accord s'arrête là, car dès qu'on demande ce qu'on entend par gravité d'un accès, des divergences d'idées apparaissent. Tel médecin appelle accès pernicioeux un accès qui paraît bénin pour un autre, et l'étiquette de perniciosité peut-être pour les uns collée là, où pour les autres elle ne devrait pas l'être. Qu'on ne voie pas ici de pures vues de l'esprit. Et même qu'on fasse des estimations avec des statistiques en main, la notion de gravité est encore une notion très élastique.

« Au Mexique, par exemple, DEBOUT n'a pas un décès sur cinq accès algides, ces fièvres que MAILLOT, COLIN, GRIESINGER, etc... considèrent comme les plus graves des pernicioeux et qui au Sénégal ont donné six décès sur sept cas. GRENET à Mayotte n'a qu'un mort sur dix-sept accès comateux, JACQUOT, un sur seize en Italie et BAIL-

LY un sur dix, COLIN, un sur cinq dans le même pays, BROUSSAIS un sur quinze, LOUIS LAVERAN un sur deux et demi, MAILLOT un sur cinq en Algérie... On sait que beaucoup de médecins pratiquant aux colonies regardent la bilieuse hématurique ou hémoglobinurique comme le summum de l'intoxication malariale ; or, tandis qu'à Gorée, BORRUS a huit morts sur neuf, CHABERT a à peine un décès sur huit et BOURGAREL sur dix-huit cas a dix-huit guérisons. De même, à Nossi-bé, GUIOL n'a pas vu mourir un seul individu atteint de ce genre de fièvre qu'il considère comme peu grave ».

La gravité, comme on le voit, ne peut conséquemment être toujours le caractère pathognomonique des accès pernicioeux. Il en est de même de la rapidité d'évolution des symptômes, de la variabilité extrême des phénomènes observés, du moins en tant que caractère qui puisse permettre de reconnaître dès le début les accès pernicioeux palustres. Car on ne peut juger de l'évolution de certains symptômes que lorsque cette évolution est déjà accomplie. De sorte que si les caractères donnés par DUMOLARD peuvent rendre service quand il s'agit de faire un diagnostic retrospectif, ils sont dénués d'intérêt, séance tenante au chevet des malades.

En présence d'un paludéen qui commence à délirer, quel médecin consciencieux, au lieu de prendre immédiatement des décisions en conséquence, osera perdre son temps à soupeser le pour et le contre de la gravité du délire, ou à faire subir à son patient « l'épreuve de l'évolution », précisément dans ces affections dont l'aggravation ne se fait plus jour par jour, heure par heure

et où, comme l'a dit COLIN, chaque minute de retard peut compromettre la vie du malade ?

De ces considérations, il résulte qu'il nous semble qu'à l'heure actuelle il n'y ait pas de caractère clinique pathognomonique qui puisse faire admettre d'emblée et à tout le monde que tel accès est pernicieux et que tel autre ne l'est pas. Cela ne veut pas dire que nous allons comme les auteurs anglais tels que MORCHEAD, AITKEN, CORRES, etc... jusqu'à refuser d'admettre cette dénomination. Nous voulons simplement montrer que, dans la pratique, le fait que nous n'avons pas encore de caractère pathognomonique n'est de guère importance, parce que le tout n'est pas de dire que nos malades font un accès pernicieux, mais bien plutôt de les guérir ; et pour cela, nous estimons que les idées que nous avons soulevées plus haut ne sont pas sans quelque intérêt dans les décisions thérapeutiques.

Dès qu'un malade en activité du paludisme présente un symptôme tant soit peu anormal, sortant du cadre habituel des accès palustres simples, nous croyons qu'il y ait intérêt à nous conduire comme s'il s'agissait d'un accès pernicieux.

Nous ne cachons pas qu'une conduite thérapeutique hâtive peut être préjudiciable pour le malade. Mais les risques de cette erreur sont minimes, en regard des conséquences de cette autre erreur qui est autrement grave et à notre sens inexcusable : nous voulions dire l'expectative qui, en matière de perniciosite palustre, est trop fréquemment, hélas, une « méditation sur la mort ».

CLASSIFICATIONS

Les classifications des accès pernicioeux sont multiples. Chaque auteur a sa classification personnelle, basée tantôt sur la prédominance d'un symptôme ou sur les lésions anatomiques, tantôt sur l'exagération d'un stade ou sur le siège pathogénique. Tel auteur nie l'accès dyspnéique, d'autres l'accès pneumonique, l'accès tétanique... Bref, l'accord est loin d'être fait parmi les plus compétents.

Dans ce chapitre, nous allons rapporter les diverses classifications, telles qu'elles sont données ; nous nous abstiendrons ou de les commenter ou de les critiquer, estimant en cela qu'elles sont déjà suffisamment éloquentes.

Pour notre part, nous croyons que puisqu'il y a entre les accès palustres simples et les accès pernicioeux de nombreuses formes intermédiaires qu'il est possible, selon ses conceptions individuelles, de ranger parmi les unes ou parmi les autres, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'avoir une classification rigoureuse reposant sur une base solide ; les classifications quelles qu'elles soient perdent de ce fait, toute leur importance et si, à l'heure actuelle, elles peuvent encore être inté-

ressantes en tant que jalons des diverses étapes de l'évolution progressive de la nosologie des accès pernicioeux palustres, il nous semble qu'il ne faut pas s'attarder encore à ces classifications plus ou moins surannées qui ne font que surcharger notre mémoire d'un bagage lourd et indigeste.

En voici les principales que nous avons pu recueillir au cours de notre bibliographie :

Classification de Morton

Se cachant avec soin sous le masque :

- 1° d'une algidité funeste ;
- 2° de vomissements incoercibles ;
- 3° d'une diarrhée très douloureuse ;
- 4° du choléra ;
- 5° des coliques d'estomac ;
- 6° d'une hémicranie périodique ;
- 7° d'une apoplexie ;
- 8° d'une syncope ;
- 9° d'un rhumatisme ;
- 10° d'un spasme général ;
- 11° d'une pleurésie ;
- 12° d'une pneumonie ;
- 13° d'un point de côté fort douloureux ;
- 14° ou de toute autre maladie.....

Cette fièvre ne fait que trop souvent dévier le médecin de son but.

Classification de Torti

Accès pernicieux palustres

A) Solitariae

(Gravité résultant de la continuité ou de l'acuité des symptômes ordinaires).

B) Comitatae

(Gravité résultant de la prédominance d'un symptôme ou de l'adjonction de phénomènes anormaux).

a) colliquatives.

- 1° cholérique ;
- 2° dysentérique ;
- 3° atrabilaire ;
- 4° hémorragique ;
- 5° cardialgique ;
- 6° diaphorétique ;

b) coagulatives.

- 1° syncopale ;
- 2° algide ;
- 3° léthargique ;
- 4°

Classification d'Alibert

Accès pernicieux palustres

- 1° cholérique ou dysentérique ;
- 2° hépatique ou atrabilaire ;
- 3° cardialgique ;
- 4° diaphorétique ;
- 5° syncopale ;
- 6° algide ;
- 7° soporeuse ;
- 8° délirante ;
- 9° péripneumonique ;
- 10° rhumatismale ;
- 11° néphrétique ;

- 12° épileptique ;
- 13° convulsive ;
- 14° céphalalgique ;
- 15° dysentérique ;
- 16° hydrophobique ;
- 17° aphonique ;
- 18° catarrhale ;
- 19° ictérique ;
- 20° exanthématique.

Classification de Maillot

- | | |
|--|--|
| A) Lésions de l'appareil
cérébrospinale. Fièvres
intermittentes perni-
cieuses. | 1° comateuse ;
2° algide ;
3° délirante ;
4° tétanique ;
5° épileptique ;
6° hydrophobique ;
7° cataleptique
8° convulsive ;
9° paralytique. |
| B) Lésions et troubles des
organes et fonctions de
l'abdomen. | 1° cardialgique ;
2° gastralgique ;
3° cholérique ;
4° ictérique ;
5° hépatique ;
6° splénique ;
7° dysentérique ;
8° péritonique ;
9° cystite et néphrétique
(appareil urinaire) |
| C) Symptômes et lésions
fournis par le cœur et
les poumons. | 1° fièvre pernicieuse syn-
copale ;
2° carditique ;
3° hémoptoïque ;
4° péripleumonique. |

Classification de Dutroulau

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| | 1° comateuse ; |
| A) Fièvres pernicieuses. | 2° soporeuse ; |
| | 3° carotique ; |
| | 4° apoplectique. |
| | 1° atatique ; |
| B) Fièvres pernicieuses. | 2° délirante ; |
| | 3° convulsive ; |
| | 4° |
| | 1° algide proprement dite ; |
| C) Groupe des algides. | 2° cholérique ; |
| | 3° dysentérique ; |
| | 4° |
| | 1° bilieuse ; |
| | 2° hématurique ; |
| | 3° ictéro-hémorrhagique ; |
| D) Groupe des bilieuses. | 4° pernicieuse ictérique ; |
| | 5° accès jaune ; |
| | 6° rémittente bilieuse ; |
| | 7° ictéro-hématurique ; |

Classification de Fallier

Fièvres intermittentes

A) Régulières :

- a) Simples : intermittentes, rémittentes, continues ;
- b) Compliquées : d'état asthénique, nerveux, saburral, bilieux.

B) Insidieuses :

- a) Masquées ou pernicieuses :
 méningiti-ictérodi-dysentéri-choléri-typhoïdi-suetti
 formes ;
- b) Entées : sur pneumonie, hépatite, dysentérie, fièvre
 jaune, etc....

Classification de Colin

Formes pernicieuses :

- 1° comateuse (apoplectique, soporeuse, léthargique) ;
- 2° délirante ;
- 3° convulsive ;
- 4° algide ;
- 5° cholérique ;
- 6° ictérique (hémorrhagique) ;
- 7° diaphorétique ou sudorale ;
- 8° cardialgique ;
- 9° syncopale ;
- 10° solitaire ou sub-continue estivale ;
- 11° solitaire ou sub-continue automnale.

Classification de Jaccoud

- | | |
|--|-------------------------------------|
| A) Système vaso-moteur et
sympathique. Fièvres
pernicieuses. | 1° algide ; |
| | 2° cholériforme ; |
| | 3° diaphorétique ; |
| | 4° pneumonique ; |
| | 5° pleurétique ; |
| | 6° néphritique. |
| B) Système cérébro-spinal.
Fièvres pernicieuses. | 1° soporeuse ; |
| | 2° comateuse ou apoplec-
tique ; |
| | 3° délirante ; |
| | 4° maniaque. |

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| | 1° fièvre tétanique ; |
| | 2° épileptique ; |
| C) Pernicieuses spinales. | 3° paralytique ; |
| | 4° syncopale ; |
| | 5° hydrophobique. |
| D) Système nerveux sen-
sitif. | 1° fièvre arthritique ; |
| | 2° cardialgique ; |
| | 3° amaurotique. |

Tel est le polymorphisme extrême des accès pernicioeux palustres vus par différents auteurs. LAVERAN fils dans son *Traité du paludisme*, sous-estimant la valeur des classifications, se borne à citer les formes les plus fréquentes.

Récemment, M. PAISSEAU pense qu'on peut ramener les divers accès pernicioeux à deux formes principales : l'accès cérébral et l'accès algide.

En outre, il n'est pas sans intérêt de savoir que les médecins anglais n'ont point adopté ces diverses classifications, relativement à la nature des fièvres pernicioeuses palustres, dont le nom ne figure pas dans leurs traités classiques. MORCHEAD divise les fièvres intermittentes en simples et en compliquées ; pour les fièvres rémittentes, il les partage comme suit :

- | | |
|------------------------------------|--|
| A) Fièvres rémittentes
simples. | 1° fièvre rémittente ordi-
naire et commune ; |
| | 2° fièvre rémittente in-
flammatoire ; |
| | 3° fièvre rémittente ten-
dant à la continuité et
affectant ensuite le |

caractère adynamique;

4° fièvre rémittente congestive ;

5° fièvre rémittente dont les symptômes se développent et s'accusent mal et sont irréguliers ou d'une évolution difficile ;

6° fièvre rémittente avec collapsus soudain et imprévu ;

7° fièvre rémittente qui revêt certaines formes ou allures inusitées.

1° fièvre rémittente compliquée de symptômes cérébraux ;

2° fièvre rémittente compliquée de jaunisse ou d'ictère ;

B) fièvres rémittentes compliquées.

3° fièvre rémittente compliquée d'irritabilité de l'estomac ;

4° fièvre rémittente compliquée de bronchite et de pneumonie.

La nomenclature officielle du Collège des médecins de Londres, adoptée dans la rédaction du *Statistical Report on the Health of the Navy* de la marine anglaise ne mentionne pas davantage la catégorie des fièvres pernicieuses.

L'exposé succinct précédent suffit à montrer comment

les médecins de diverses époques et de divers pays ont diversement apprécié et entendu les accès pernicioeux. Pour des raisons que nous avons exposées plus haut, nous n'avons pas à rechercher la classification à préférer parmi toutes celles qu'on a proposées.

Nous attirerons seulement l'attention sur leur complexité extrême, que ces classifications soient du camp de nos classiques ou du camp adverse. Nous croyons, pour notre part, que la réalité est beaucoup plus simple : le polymorphisme hallucinant des accès pernicioeux palustres, tel qu'il nous est permis d'entrevoir précédemment, n'est pas, en tout cas, pour nous donner des idées claires et commodes dans l'exercice courant de notre art.

Causes favorisantes et fréquence des accès pernicieux

Avant d'aborder l'étude clinique des accès pernicieux palustres, voyons dans quelles conditions ils se développent.

L'influence de la chaleur est admise par tous les auteurs. Elle est mise en évidence par ce fait que dans les pays chauds ou tempérés, on observe guère les accès pernicieux en dehors de la saison chaude. Au Tonkin, par exemple, où il fait excessivement chaud du mois d'avril au mois de novembre, c'est surtout pendant cette période de fortes chaleurs qu'à l'hôpital du Protectorat nous enregistrons le plus de cas de morbidité pernicieuse palustre.

Le fait d'ailleurs est connu qu'un malade faisant des accès simples, a plus de tendance à faire des accès pernicieux, s'il commet l'imprudence de travailler tant soit peu au soleil.

Dans les relations des campagnes des pays chauds et impaludés, on a rapporté de multiples exemples de ce genre : il est chose courante d'observer, le soir d'une marche en plein soleil, l'apparition de nombreux accès

pernicieux chez les soldats en incubation de paludisme ; sans doute une large part doit être faite au surmenage, mais il est néanmoins indubitable que le rôle de la chaleur en tant que cause favorisante n'est nullement négligeable.

On pourrait se demander comment agit la chaleur. En plus de l'action chronique de la chaleur sur les organismes, action pour le moins déprimante et qui prépare de ce fait un terrain favorable à l'atteinte du paludisme, en ce qui concerne son action immédiate sur l'organisme impaludé, il nous semble qu'elle agisse en surexcitant les centres nerveux, en modifiant le mécanisme de la calorification et de l'innervation, mettant ainsi momentanément l'individu dans un état de moindre résistance vis-à-vis des hématozoaires de LAVERAN.

La débilité de l'organisme, la misère physiologique quelle qu'en soit la cause, a été partout évoquée. La notion de terrain trouve ici sa pleine confirmation et il n'est certainement pas exagéré de dire qu'il n'y a pas des maladies, mais qu'il n'y a que des malades.

Tel malade, épuisé antérieurement par de la dysenterie, de la diarrhée grave, est plus exposé, s'il était sous le coup du paludisme, à faire des accès pernicieux qu'un autre individu sain jusque là ; d'ailleurs il n'est pas rare d'observer, chez un individu, en incubation du paludisme, l'apparition des accès palustres simples ou pernicieux, au cours d'une affection intercurrente, accès qu'il aurait pu éviter ou retarder, s'il était en meilleur état de santé.

Les fatigues, le surmenage physique ou intellectuel

ne sont pas non plus une cause négligeable. C'est ainsi que les auteurs ont rapporté que dans la guerre de Sécession, on a observé que les troupes surmenées ont des cas de paludisme plus nombreux et plus graves que dans les régiments où les opérations sont moins actives.

L'alcool joue, de tout temps, un rôle important dans l'éclosion des accès. Outre que l'alcoolisme chronique constitue un facteur de gravité des accidents palustres, l'alcoolisme aigu prédispose toujours aux accès graves. Dans les pays fortement impaludés, on a enregistré que les accès pernicieux apparaissent plus nombreux le lendemain des fêtes populaires, ordinairement célébrées par de copieuses libations. De même, dans ces mêmes régions, les banquets d'adieux, où l'alcool est généreusement versé, ont souvent pour épilogue l'éclosion des accidents, dont on ne s'est guère douté dans l'ivresse de la séparation.

L'intensité de l'intoxication paraît devoir être également évoquée. Récemment, DOCH a montré la présence d'un plus grand nombre d'hématozoaires dans le sang des individus atteints d'accès pernicieux. Il est à se demander si le degré de l'intoxication ne conditionne dans une certaine mesure, sur un terrain déjà préparé, l'apparition des accès graves.

On sait d'autre part, que toutes choses égales, certaines localités ont une réputation d'insalubrité notoire. Dès lors, la question se pose de savoir si, comme les microbes, les hématozoaires n'ont pas en certains endroits une virulence spéciale qu'ils n'ont pas ailleurs. Autant

de points qu'il nous paraît intéressant à étudier, en vue de la prophylaxie de ces accidents redoutables.

Enfin, il est un point extrêmement important à connaître que ces accidents n'éclatent jamais d'emblée chez les sujets jusque là indemnes de paludisme ; tous les malariologues en sont d'accord.

Dans les observations publiées jusqu'ici, on a toujours relevé dans les antécédents des malades des accès palustres plus ou moins fugaces. Pour notre part, dans les cas qu'il nous est permis d'étudier, nous ne voyons aucune exception à cette règle et si de temps à autre l'anamnèse n'a pu être faite, nous avons toujours des raisons spéciales pour suspecter, dans les antécédents personnels de nos malades, l'existence d'une atteinte palustre antérieure.

Telles sont les principales conditions dans lesquelles apparaissent les accès pernicioeux. Ces conditions sont malheureusement réalisées au maximum dans notre pays où tout n'est pas encore pour le mieux dans le meilleur des mondes. Nous ne parlons de la chaleur, qui règne là-bas d'une façon chronique et qui frappe autant les Européens que les enfants du pays, que pour la mise au point d'une opinion que nous croyons devoir soulever ici. Certaines gens, en effet, ont prétendu que les Annamites habitués à la chaleur n'en sont nullement incommodés et en conséquence qu'ils peuvent travailler même à un moment de la journée où le soleil est encore à pic.

De notre expérience personnelle, nous estimons que ces conceptions sont absolument fausses et que la vé-

rité est tout autre. D'après ce que nous avons envisagé plus haut, nous nous permettons d'engager nos confrères, de par leur situation officielle ou privée, à user de toute leur autorité tant morale que professionnelle pour faire cesser cet état de choses dont nous sommes en partie responsables.

Nous pourrions en dire autant des fatigues et du surmenage imposés à certaines classes de manœuvres, chez qui le taudis, les privations n'ont fait qu'accroître la misère physiologique. Nous attirons l'attention sur cette cause de la faible natalité ou de la forte mortalité infantile dans notre pays, que le peu de vigueur qui reste aux procréateurs, dont l'état de santé n'est pas à négliger dans la puériculture pré-natale. Ce qui explique d'ailleurs l'impressionnante mortalité qu'on a relevée dans diverses statistiques, et en particulier dans le cas qui nous occupe, d'après les récentes statistiques publiées dans le « Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine », la mortalité par accès pernicieux palustre n'en est pas moins significative.

SIGNES CLINIQUES COMMUNS

Malgré la diversité extrême des accès pernicioeux palustres, en confrontant les observations les unes aux autres, il n'est pas impossible de déduire un certain nombre de signes communs. Ces signes pris isolément pouvant paraître de faible valeur clinique forment par leur ensemble un faisceau qui, sans être pathognomonique, n'en est pas moins un appoint important pour le diagnostic clinique.

Il est une règle générale qui nous semble de toute importance en matière d'accès pernicioeux palustres, à savoir que ces derniers n'éclatent jamais d'emblée chez un individu jusque là indemne de paludisme. Le premier accès palustre n'est jamais dangereux et cela heureusement d'ailleurs, car autrement le médecin serait bien embarrassé dans bien des cas. Cette absence de perniciosité d'emblée des accès est un avertissement salutaire pour le malade ; et pour le médecin la notion de l'existence antérieure des accès contribue à orienter dans la bonne voie ses investigations cliniques. Une restriction cependant doit-être faite, en ce qui concerne la continue

palustre qui peut être une fièvre de première invasion et qui peut dégénérer pour revêtir les caractères de la perniciosité.

L'élévation de la température est constante dans les accès pernicioeux, au début tout au moins. D'après les travaux de GUÉGUEN, la température peut être variable ; pendant la période de chaleur, elle peut atteindre 42°2, ce qui est la maxima. Dans la pratique, le médecin peut être appelé à cette période qui est de durée variable ; en général c'est vers la fin de l'accès, au moment où l'on a l'impression d'un danger imminent que le médecin peut voir son malade ; il n'est pas rare alors de constater que la température au lieu d'être élevée est au-dessous de la normale. Cela se comprend facilement, si l'on considère qu'un malade débilité, après avoir réagi plus ou moins fortement, ait bien vite épuisé ses moyens de défense et tombe ensuite dans une espèce d'inertie avant-coureur de la mort. Ceci est commun en pathologie générale, il est inutile de s'y appesantir davantage.

La rate chez les malades atteints d'accès pernicioeux est toujours grosse. Cette hypertrophie splénique présente des degrés variables et en clinique nous avons souvent une rate percutable, parfois une rate palpable. Pour fixer les idées, il n'est pas inutile de rappeler ici quelques notions anatomiques, se rapportant à la projection sur la paroi thoracique de la rate ou plus exactement de sa face diaphragmatique ou postéro-externe, la seule accessible à la clinique.

D'après ROUVIÈRE « Cette face se projette sur la paroi

thoracique suivant une surface allongée dont le grand axe suit à peu près la dixième côte.

« L'extrémité interne ou postérieure de cette surface de projection répond au dixième espace intercostal, près de son extrémité vertébrale, à 4 ou 5 centimètres de la ligne des apophyses épineuses.

« L'extrémité externe ou antérieure se projette sur la dixième côte, près de la ligne axillaire moyenne, soit un peu en avant, soit un peu en arrière, soit enfin au niveau même de cette ligne. Elle ne dépasse jamais la ligne costo-articulaire menée de l'extrémité antérieure de la onzième côte gauche à l'articulation sterno-costo-claviculaire du même côté.

« Le bord supérieur de la surface de projection de la rate sur la paroi costale est une ligne courbe, convexe en haut et en avant, allant d'une extrémité à l'autre et dont la partie moyenne s'élève jusqu'au huitième espace intercostal.

« Le bord inférieur se projette sur une ligne convexe en bas et en arrière, qui réunit également les deux extrémités en longeant sur une grande partie de son trajet le bord inférieur de la onzième côte ».

En résumé, la rate ne dépasse pas en haut le bord inférieur de la huitième côte, en bas le bord inférieur de la onzième côte ; en avant elle touche la ligne axillaire moyenne et en arrière elle s'arrête à deux travers de doigt environ de la ligne des apophyses épineuses. Chez un malade atteint d'accès pernicieux, l'hypertrophie splénique est en général facile à apprécier, surtout s'il a eu plusieurs atteintes du paludisme, ce qui est le cas fréquent.

Les limites normales sont le plus souvent largement dépassées et il n'est pas rare d'ailleurs que sous le rebord costal gauche la rate montre son pôle inférieur aux doigts du clinicien.

Outre la céphalée, la constipation qui sont signalées dans la plupart des observations, l'action de la quinine donnée à temps est toujours efficace et peut par conséquent servir au diagnostic rétrospectif. Il en est de même du caractère d'apparition soudaine et d'évolution rapide des accidents observés. Nous ne parlerons pas ici de l'examen du sang de ces malades qui montre toujours la présence en grand nombre des hématozoaires dans le sang périphérique. Nous attirons seulement l'attention sur un syndrome qui est constant dans tous les accès pernicioeux, sans pour cela être pathognomonique et qui, à notre sens, forme pour ainsi dire le fond d'un tableau clinique, au premier plan duquel viennent poser et évoluer divers accidents plus ou moins bruyants, plus ou moins impressionnants et que nous verrons dans la suite.

Nous voulons parler de la *confusion mentale* qui dans les cas qu'il nous est permis d'observer ne fait jamais défaut.

D'après Régis, « la confusion mentale est une psychose généralisée caractérisée par une torpeur, un engourdissement toxique de l'activité psychique supérieure poussé parfois jusqu'à la suspension, accompagné ou non d'automatisme onirique délirant, avec réaction adéquate de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme ».

Au point de vue clinique, à la période d'état, la confusion mentale présente deux ordres de symptômes : les symptômes psychiques et les symptômes physiques.

Du côté *psychique*, deux signes dominent la scène : la torpeur cérébrale et la rêverie automatique. Suivant la prédominance de l'une ou de l'autre, on distingue deux formes de confusion mentale : la forme simple ou asthénique et la forme délirante (*délire onirique*).

La *confusion mentale simple* ou *asthénique* est caractérisée par de la torpeur cérébrale qui atteint des degrés variables, depuis l'état de simple prostration intellectuelle jusqu'à l'hébétude, la stupidité ; on note en outre des troubles de la mémoire et surtout des troubles de l'orientation consistant dans la désorientation du malade dans le temps et dans l'espace ; la perception, l'affectivité, l'activité générale sont diminuées, très amoindries ; la conscience personnelle est suspendue, abolie ; la personnalité devient sans cohésion, vague, flottante, éteinte ; l'activité onirique sous-consciente ou inconsciente peut être plus ou moins intense, mais elle n'atteint pas dans cette forme l'ampleur que nous lui verrons dans la forme délirante.

La *confusion mentale délirante* est constituée par deux éléments : la confusion servant de support à un délire qui, d'après RÉGIS, est un délire de rêve, délire onirique, commun à toutes les infections et intoxications. Le substratum de ce délire est constitué par « des associations fortuites d'idées, par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des visions le plus

souvent pénibles, par des combinaisons d'événements étranges, impossibles, éminemment mobiles et changeants ou doués au contraire d'une certaine fixité qui s'impose plus ou moins complètement à la conviction ».

Au point de vue *physique*, deux cas sont à considérer, suivant que le malade est dans l'état de calme ou dans l'état de délire et d'excitation. Dans l'état de calme, les traits, la mimique traduisent l'inertie, l'indifférence, l'hébétude du malade. Dans l'état d'excitation, le malade présente de l'agitation superficielle, factice, reposant sur un fond confus. On a noté l'existence de l'insomnie, des attaques possibles avec ou sans convulsions revêtant tous les types.

Les troubles digestifs, les troubles circulatoires, les troubles des sécrétions et des excrétions sont fréquents. Le malade est d'un teint terreux, d'un amaigrissement considérable.

Dans les accès pernicieux du paludisme, la confusion mentale nous paraît revêtir de multiples modalités cliniques, non seulement selon les malades, mais aussi, et c'est sur quoi nous voulons insister, chez un même malade, suivant le moment qu'on le voit.

Au début, à la période de chaleur, le malade présente de la confusion mentale délirante, délire polymorphe, sans consistance, dont le thème fragile est variable suivant la classe à laquelle appartient le malade, suivant ses croyances, sa culture propre. Sans entrer dans l'étude pathogénique complexe de ce délire, dans la pratique courante, c'est surtout en ce moment bruyant que l'entourage est le plus impressionné par ce quelque chose

d'inattendu qui sort de l'habituel du malade. Cette période de confusion délirante peut être passagère, comme la période de chaleur. Le délire tombe rapidement avec la température et à sa place s'installe une autre forme de confusion mentale, la forme asthénique. Ces deux formes peuvent s'alterner, s'intriquer entre elles, suivant les variations de la courbe thermique. Les malades que nous avons observés présentent tous la forme asthénique; et cette forme coïncide constamment avec une température oscillant autour de la normale, ce qui nous paraît concorder avec nos assertions précédentes, à savoir qu'il y a probablement une relation étroite entre l'élévation de la température et l'éclosion du délire.

L'apparition de la forme asthénique de la confusion mentale chez un malade atteint d'accès pernicieux palustre est loin d'avoir un pronostic favorable. Le danger commence réellement à partir de ce moment, car il nous paraît que la confusion mentale asthénique est l'expression du summum de l'intoxication malarique chez un individu qui est à bout de ses moyens de défense. Si on n'intervient pas par un traitement approprié, on verra que la confusion avec asthénie se transformera progressivement, à bas bruits, en confusion mentale aiguë stupide, qui précède de peu le coma et la mort.

A l'hôpital du Protectorat à Hanoï, les occasions ne manquent pas d'observer ces stades ultimes de l'accès pernicieux palustre, cela parce que l'hôpital étant considéré comme un pis-aller, on ne se résigne à y entrer que lorsque tous les espoirs de guérir chez soi sont largement épuisés.

Il n'est pas étonnant dès lors d'avoir souvent à enregistrer le lendemain le décès d'un malade entrant la veille. Fait facile à comprendre, mais de nature à écarter les profanes du service hospitalier qui aux yeux peureux du paysan ignorant apparaît désormais comme quelque chose d'assez voisin de la morgue.

Quoi qu'il en soit, dans le cas particulier qui nous occupe, nous disposons heureusement des moyens de lutte puissants ; et si les malades ne dépassent pas le stade de confusion aiguë stupide, il suffit d'instituer un traitement énergique et approprié pour avoir l'agréable surprise de voir s'opérer du jour au lendemain une véritable résurrection.

SIGNES CLINIQUES FREQUENTS

Sur ce fond commun se greffent fréquemment un certain nombre d'autres signes. Nous ne parlerons ici que des principaux, de ceux qui dans notre pays nous paraissent fréquents en clinique, laissant délibérément les autres dans l'ombre, sans préjuger de leur existence.

L'asthénie est presque constante chez un malade atteint de paludisme, qu'il s'agisse d'accès simple ou d'accès pernicieux ; cependant dans l'accès pernicieux, elle est beaucoup plus marquée, ses manifestations physiques sont infiniment plus accusées et elle tend de plus en plus vers la stupidité. Ce symptôme fait partie du tableau clinique de la confusion mentale à forme asthénique, nous en avons parlé dans le chapitre précédent, nous ne nous y arrêterons pas davantage.

Au cours des accès pernicieux palustres, l'hypertonie musculaire peut se voir de temps à autre ; mais son existence est tellement fugace et discrète que c'est plutôt une question d'appréciation qu'un signe vraiment manifeste. Pour notre part, il nous paraît que dans les cas où elle existe, l'hypertonie est toujours localisée à un membre ou à un segment de membre. Elle n'est pas très mar-

quée et cède en général aux mouvements passifs. La contracture des muscles de la nuque existe parfois, mais pas assez accentuée, pour qu'on puisse parler de la raideur de la nuque. Le trismus quand il existe n'atteint pas le degré qu'on lui voit dans le tétanos. Quant à la contracture généralisée simulant la contracture tétanique, son existence nous paraît être une question fort problématique dans l'accès pernicieux palustre pur.

Par contre, les convulsions se font une place nette dans le tableau clinique de l'accès pernicieux palustre. Elles peuvent être très intenses, elles peuvent être aussi très fugaces. Chez les adultes, il nous paraît que les convulsions sont souvent localisées, à moins que les malades ne présentent des tares particulières. Elles peuvent intéresser tous les muscles de la face ou se localiser uniquement à l'orbiculaire des lèvres, aux muscles de la langue, aux muscles des yeux ; elles peuvent être exclusivement toniques ; mais plus souvent elles sont complètes : à la contraction permanente succèdent des mouvements cliniques imprimant aux globes oculaires une oscillation continuelle. Les convulsions peuvent se localiser au niveau des membres, frappant la totalité des muscles ou se localisant à quelques-uns d'entre eux ; elles sont plus fréquentes aux membres supérieurs, se traduisant par la flexion avec raideur des doigts sur la paume de la main, par des mouvements saccadés de demi flexion et de demi extension de l'avant-bras sur le bras. On note souvent l'émission involontaire d'urines, rarement de matières fécales. En général, les convulsions sont passagères ; le plus souvent elles coexistent avec les délires. Chez les en-

fants, au contraire, les convulsions sont ordinairement généralisées ; elles peuvent être isolées, mais parfois elles sont suivies de contracture ou de paralysie. Elles sont vraiment d'une interprétation fort délicate, étant donné que chez le jeune enfant elles constituent un symptôme banal qu'on rencontre dans toutes les infections.

Il est enfin un symptôme qu'on rencontre très fréquemment dans les accès pernicioeux palustres, à savoir les délires. Au premier abord, les délires offrent des formes assez dissemblables, mais comme les autres délires infectieux ils reposent toujours sur un fond de confusion mentale plus ou moins nette ; ils se manifestent généralement à la période de chaleur, mais ils peuvent parfois ne pas s'accompagner de température. Ils font partie intégrante de l'accès pernicioeux palustre, ils n'existent pas en dehors des accès ; comme ces derniers ils sont toujours empreints du même cachet d'intermittence et sont tantôt diurnes, tantôt nocturnes.

Leur intensité est variable. A un faible degré, on trouve une confusion mentale modérée avec du subdélire, le malade est plus ou moins en état de veille. A un degré plus accentué, les malades présentent un vrai délire avec excitation psychique et agitation motrice parfois très grande ; ils crient, ils chantent, ils causent, mais leurs idées n'ont pas de suite ; les troubles moteurs sont souvent intenses, l'état d'inconscience est beaucoup plus marqué.

Les formes de ces délires sont multiples ; depuis des bouffées délirantes jusqu'aux délires à formes systématisées. Fréquemment, le délire revêt la *forme mystique* :

il s'agit en général d'une malade jeune qui sous l'action de la toxi-infection malarique se croit être un des démons dont elle a entendu parler et auquel elle croyait quand elle était en bonne santé. Elle cause, elle parle avec des tours de phrases inhabituels, tout spéciaux. Elle crie, elle chante comme les spirites du pays, lorsqu'ils sont soi-disant envahis par l'esprit des démons. Mais pas de suite dans les idées ; des phases lucides pouvant alterner avec des phases confusionnelles.

La chose peut d'ailleurs se présenter différemment ; le malade au moment de l'accès récite des prières sans discontinuité, passant sans transition d'une prière à une autre ; il peut les réciter à haute voix, mais il peut aussi les dire à voix basse, on entend alors un murmure confus, de temps à autre quelques brides de paroles compréhensibles. A ces deux tableaux cliniques, chez des prédisposés, des manifestations pithiatiques peuvent venir se surajouter et on comprend que dans certains cas, il est difficile de faire la part de la toxi-infection d'un côté et de l'appoint pithiatique de l'autre.

Les délires peuvent avoir la forme de *délire professionnel*. Le thème du délire est alors différent selon la profession du malade ; le tableau clinique est facile à imaginer, il suffit de connaître l'habitus dans les différentes professions pour pouvoir composer une scène parlante ne s'écartant pas trop de la réalité clinique.

Une autre forme de délire aussi fréquente que celles qui précèdent est la *forme érotique*. Sans être trop partisan de la théorie de FREUD, il faut reconnaître cependant combien est considérable, chez l'homme et surtout

chez la femme, l'importance de l'instinct sexuel dissimulé par cette couche de vernis plus ou moins épaisse de l'éducation. Au moindre trouble, cette couche se fissure et laisse à découvert le fond essentiel de l'individu : on assiste à l'éclosion de propos rebutants et à l'explosion de gestes ignobles dont on n'aurait jamais cru capable une personne jusque-là d'une vertu irréprochable. Des gens du meilleur monde en fournissent des exemples fréquents, ce qui amène bon gré mal gré, à douter plus ou moins de la valeur de cette éducation tant prônée qui, en masquant certaines aspirations inavouables, ne fait que les aggraver et les empirer. Certes, en pays impaludés, la toxi-infection malarique est sans conteste une cause occasionnelle de premier ordre. Au cours des accès pernicieux, il est en effet fréquent de constater que les malades, plus souvent femmes que hommes, tissent tout haut leur roman, fait de propos et de gestes que n'aurait pas désavoués une fille publique du plus bas étage. Ces cas ne peuvent nullement tromper un esprit averti, mais bien souvent, il faut le reconnaître, faute de comprendre les détours complexes de l'âme humaine, on risque de passer à côté de la cause primordiale, poursuivant désespérément, sans succès pour le médecin et pour le malade, ces symptômes particuliers par un traitement irréfléchi...

Ici, nous ouvrons une parenthèse pour faire place à une digression qui, outre l'avantage qu'elle a de rompre momentanément la monotonie didactique de notre exposé, nous paraît présenter certains intérêts pratiques à ceux de nos confrères qui exercent dans notre pays.

Nous voulons montrer comment l'état de croyance conditionne et explique les interprétations que font nos compatriotes de certains états morbides, interprétations qui pour le moins masquent le véritable aspect de la maladie et par leur absurdité apparente pourraient surprendre un esprit non averti.

Depuis bientôt cent ans, notre pays s'est mis à l'apprentissage de la civilisation européenne. Déjà les sirènes déchirent de leurs cris aigus le ciel morne des tropiques et rappellent aux somnambules retardataires que le mouvement est l'essence même de la vie ; déjà du nord au sud, toute l'Indochine se réveille plus ou moins promptement, happant avec ivresse les souffles vivifiants de la science occidentale ; il est un seuil cependant que la civilisation n'a pas encore pu franchir et qui de loin semble jeter un défi aux idées modernes, obstacle longtemps encore insurmontable qui nous oblige souvent à le contourner faute de pouvoir le surmonter, à savoir la muraille de superstitions derrière laquelle se retranche encore la masse de nos compatriotes. Il est évident que la superstition existe encore dans tous les pays, même les plus civilisés. Mais chez nous, elle est très tenace et le paysan naïf croit à tout, aux anges comme aux diables, ayant affaire plus aux diables qu'aux anges...

Ecoutez donc cette touffe de bambous qui grince sous la brise dans la nuit silencieuse, ce doit être l'âme d'une femme qui geint de dépit dans l'éternelle damnation. Regardez par ici cette branche d'arbre se prosterner jusqu'à terre sous la violence des vents, ne l'approchez pas : c'est un piège que le malin esprit vous tend ; si par

malheur vous enjambez cette branche; elle se relève aussitôt et vous êtes dans les griffes du diable... La forêt est peuplée d'êtres surnaturels aussi terrifiants les uns que les autres ; chaque bosquet a sa clientèle particulière et il n'est pas jusqu'aux arbres tant soit peu âgés, sur le bord d'un fleuve ou au voisinage d'un puits qui n'ait son ou sa locataire. Par une nuit sereine où la brise courbe onduleusement les épis dorés d'une plaine immense de riz, à l'heure où l'étoile du soir commence à pâlir sur la voie lactée, imprécisée par l'éclat insolent de la lune des tropiques, les démons sortent de leur repaire et se promènent souvent jusqu'à la lisière des villages. Malheur, dit-on, à ceux qui les rencontreraient, car c'est la mort et la mort à bref délai.

Une influence toute particulière, une puissance toute surnaturelle est conférée, sans qu'on sache pourquoi, à la jeune vierge qui s'est suicidée. Indemne encore de toute impureté qui puisse ternir son innocence, n'ayant pas encore vécu, elle n'a pas encore fait assez de mauvaises actions pour aller les purger dans l'enfer; mais n'ayant pas fait non plus assez de bien, elle ne peut pas prétendre à l'heureux séjour du paradis. Les portes de l'enfer ne lui sont pas ouvertes, celles du paradis ne le sont pas davantage ; repoussée de partout, elle mène une vie errante, va où bon lui semble, prend souvent le vent pour guide et les nuages pour moyen de locomotion. Son domicile est sur les arbres, généralement dans le voisinage de l'endroit où elle habite quand elle est encore en vie. D'ailleurs, elle habite rarement longtemps au même endroit, elle change souvent de demeure et peut aller

ailleurs faire bande avec ses camarades. On l'appelle « Cô » (« Mademoiselle ») et on ne prononce ce mot qu'avec respect. « Mademoiselle » n'aime pas à faire le bien, elle est encline vers des actions malfaisantes, peut-être par goût ou plutôt par rancune, pour se venger et des hommes et de la vie. Partout où elle passe, et elle passe partout, elle laisse des méfaits et c'est d'ailleurs à l'occasion de ses méfaits seulement que son passage est signalé au public par les médiums guérisseurs. On la craint, on la redoute, on ne parle d'elle qu'à voix basse et si on raconte entre soi ses méfaits dans le voisinage, on s'abstient de tout commentaire, car elle entend tout à distance et elle se venge. Sa méchanceté est telle qu'elle n'épargne pas même les membres de sa famille. Tout y passe, sans distinction, et parfois on voit « Mademoiselle » revenir dans sa famille dicter des règles de conduite à son vieux père qui se confond en excuses respectueuses. « Mademoiselle » est très ingénieuse, il semble qu'elle se plaît dans ses cruautés à rechercher du raffinement. Tantôt elle apparaît aux yeux du paysan sous la forme d'une vieille femme qui lui demande l'aumône sur la route en plein midi. Tantôt, et c'est le cas courant, elle prend la forme d'une jeune fille, d'une beauté féérique qui cherche à vous séduire dans un endroit désert. Le voyageur imprudent qui cède à la tentation de causer avec elle peut être sûr de sa perte....

Une autre dame et non des moins redoutables est originaire de Chine. Depuis quand elle a élu domicile dans notre pays et pour quelles raisons spéciales elle a quitté la Chine pour venir chez nous, nous ne le savons pas

exactement. Toujours est-il que nous avons déjà entendu parler d'elle aussitôt que nous étions en âge de comprendre. On l'appelle respectueusement « Bà-Cô » (« Madame » avec un M d'une grandeur raisonnable). « Madame », habite ordinairement les grands arbres sur le bord d'un fleuve. Elle n'habite pas d'ailleurs toute l'année dans notre pays. Elle retourne une fois par an dans son pays, la Chine. Elle en parle par l'intermédiaire des médiums avec un certain plaisir, même avec une certaine ostentation. Elle est d'humeur coléreuse, non seulement avec le pauvre paysan, mais même avec ses camarades qu'elle ne « sent » guère. Comme « Mademoiselle », elle est encline au mal. Mais plus âgée que la première, elle est plus encline aux idées de préjudice. Ce qui fait que ses méfaits ont souvent pour point de départ des choses futiles que ses victimes auraient commises. Elle aime qu'on la flatte par de bonnes paroles et par de petites offrandes ; sa vanité est connue du paysan qui ne manque pas de l'exploiter, soit pour faire chasser du foyer les petits esprits bâtards qui flottent à la surface du sol, soit pour faire déloger un certain indésirable, sur lequel il paraît que « Madame » ait une influence toute particulière.

L'indésirable « Lu-Bo » est un triste dérangeur des ménages et surtout des jeunes ménages. Comme « Madame », il est originaire de la Chine, qu'il a quittée pour des raisons qu'on ignore. Mieux que « Madame », il a bibliographie nette, une vie historique brillante, ce qui, entre autres de ses attributs, justifie ses petits succès auprès de ses victimes. Il appartient, en effet, à l'époque

brumeuse où la Chine était encore partagée en trois nations, constamment noyées dans le feu et dans le sang. C'est un guerrier d'une beauté proverbiale, d'une force herculéenne et d'une valeur éprouvée, mais qui a ce défaut d'aimer facilement les jolies femmes et de les aimer jusqu'à perdre et son honneur et sa vie. Ce valeureux guerrier est souvent représenté au théâtre où par sa beauté et sa passion il fait l'admiration de certains cerveaux tarés. De ce fait, il continue à vivre encore de nos jours dans quelques imaginations malades, pour qui la réalité brutale ne s'accorde pas avec certaines aspirations intérieures. Ses victimes sont de jeunes femmes, rarement de jeunes filles. Ses méfaits sont annoncés par les médiums, d'après lesquels on n'arrive à guérir ses victimes qu'après interventions énergiques de « Madame ».

A côté de ces personnages, il y a encore des génies des eaux, qui de temps à autre, quittent leur empire pour venir sur terre. L'un deux, l'inspecteur des cours d'eaux, « Ha-Ba », est celui avec qui les riveraines ont le plus souvent affaire. Il s'agit, en général des réparations de formalités que ces dernières auraient manquées au respectable inspecteur. Parfois aussi, celui-ci trouble les ménages pour l'unique vouloir de chercher une âme sœur sur le paradis terrestre. D'ailleurs, il n'est pas le seul. Son chef suprême, le « Roi des eaux » quitte parfois son royaume pour faire des tournées chez ses voisines et les honorer de ses faveurs royales. Il n'en est pas jusqu'à la princesse, sa fille, qui ne se répugne pas à aller chercher sur terre certaine chose qu'elle ne peut s'offrir dans le royaume de son père...

Tel est à grands traits le cadre qui enserre encore le paysan de chez nous. Cependant rien ne justifierait un si long bavardage, s'il ne devait servir à expliquer certaines choses que nous allons rapporter dans la suite. Qu'il nous soit permis de rappeler ici certains de nos souvenirs.

Soit cette jeune femme qui, un jour, en plein midi, pour se rendre à ses affaires, devait traverser un endroit soi-disant habité par une certaine « Mademoiselle ». Rentrée chez elle, dans l'après-midi, elle a un peu de fièvre. Quelques instants après, ses membres se contractent, sa face se convulse ; elle se tient sur son séant, grince des dents, roule rageusement ses yeux exorbités et commence à rire d'un rire qui sonne mal. Puis elle se met à chanter de ces chansons vagues, floues, mystérieuses, telles qu'on entend chanter aux médiums quand ils sont pénétrés par les esprits et où l'on sent parler du bonheur d'une vie insouciant, du plaisir à commander les éléments, de l'agrément à « monter » les vents et les nuages et à les suivre dans leur course vers l'inconnu...

Et cette autre jeune riveraine qui a commis l'imprudence de laver du linge à midi dans un cours d'eau, à cette heure précise où l'inspecteur des eaux fait sa tournée quotidienne. Le linge lavé, la bonne femme se plaint d'un mal de tête et se couche. Un peu de température et elle se met à causer avec un personnage imaginaire qu'elle voit sans doute dans ses hallucinations, l'appelant son amour, sa chère moitié. Le ton varie, revêtant de mille nuances : il implore, repousse, s'abandonne, traduisant la passion qu'aurait pu sentir la pauvre malade dont la poitrine secouée d'oppression en marque pénible-

ment la douloureuse cadence. Ajoutez à cela des gestes appropriés et nous aurions assisté à une véritable scène de théâtre où l'Amante nous apparaît tout entière, sans préparation, sans tricherie, mais parfois aussi pleine de répugnance...

Et ce jeune homme qui après son travail du matin rentre chez lui pour déjeuner. Le repas avalé, il se sent mal à l'aise et va se coucher, en attendant, dit-il, passer les fortes chaleurs de la journée. Sitôt les paupières fermées, il commence à délirer, appelle les bêtes, les encourage, tout comme s'il était aux champs. La famille n'y attache pas d'importance, croyant qu'il arrive à tout le monde de rêver parfois en dormant. Aujourd'hui, notre jeune homme peut encore reprendre dans l'après-midi le travail qu'il a commencé le matin, bien qu'il sente un peu de lassitude. Mais le lendemain, presque à la même heure, la même scène se répète : la sieste se prolonge, le soleil décline plus fortement à l'horizon et le jeune homme n'est pas encore levé. Cette fois la famille s'inquiète, on vient pour le réveiller et on voit quoi ? Un être inerte, étendu sur le dos, immobile, le regard dans le vague. On lui demande de ses nouvelles, point de réponse. On insiste et avec peine on obtient des réponses à tort et à travers.... Combien de temps cela dure-t-il, nous ne nous rappelons plus exactement, mais ce que nous nous rappelons bien, c'est qu'à peine nous le savions malade que le lendemain nous étions surpris d'entendre annoncer sa mort. Et il est mort d'une façon impressionnante, inhabituelle, tragi-

que, avec des menaces contre des personnes imaginaires, avec des convulsions, avec d'abondantes épistaxis....

Qu'il s'agisse de la jeune femme qui fait un délire à forme mystique ou de la jeune riveraine qui construit un délire à forme érotique ou de ce jeune homme qui ébauche un véritable délire professionnel, pour le paysan superstitieux, l'interprétation de ces cas morbides est facile à deviner. Tantôt c'est « Mademoiselle » qui veut s'approprier l'âme de sa victime, tantôt c'est l'inspecteur des eaux qui est en relation avec sa voisine ; dans le troisième cas ce doit être « Madame » qui se venge du jeune homme, celui-ci lui aurait manqué de respect, en pissant par mégarde devant sa respectable demeure. Dans certaines familles dont le chef est un peu énergique, on fait venir d'abord le médecin. Celui-ci peut se tromper de diagnostic, l'état du malade traîne, les scènes deviennent de plus en plus alarmantes, la volonté du chef fléchit sous la pression superstitieuse de l'entourage ; on appelle alors le médium, comme cela se fait en général dans la grande majorité des familles paysannes. Le médium vient, fait une entrée triomphale avec son cortège d'élèves et d'acolytes. D'un coup d'œil rapide, il évalue à peu près la fortune de sa cliente, prend la tasse de thé traditionnelle et, s'enquérant négligemment de l'histoire de la maladie, demande qu'on lui dresse un autel. Séance solennelle avec orchestre et auditoire nombreux. Le médium confirme souvent le diagnostic, mais parfois il est d'avis différent en ce qui concerne l'auteur du méfait. Cela, suivant l'idée qu'il s'est faite de la fortune de sa cliente, car les honoraires et les avantages ma-

tériels sont différents selon qu'il s'agit de tel ou tel esprit. Ces séances sont choses courantes dans le pays et certes, il n'est pas exagéré de dire qu'il ne se passe pas de jour où on n'en voie quelques-unes dans le voisinage. Mais combien de malades ont-ils guéri et combien y en a-t-il qui sont morts. Car malgré les singeries du médium, malgré les cérémonies répétées, la maladie continue son cours inexorable. Tous les jours, presque à la même heure, les mêmes scènes se répètent. Et si ce n'est pas la mort qui souvent termine la scène, c'est la misère de la famille dont les économies sont épuisées par les honoraires et les offrandes. De jeunes familles heureuses de vivre dans une modeste aisance, se sont ruinées et ne se relèvent plus après la maladie de la jeune maman. Combien nombreux sont ces cas parvenus à notre connaissance et combien tant d'autres encore seraient dévoilés, si on fouillait un peu ces innombrables débris de la misère....

De ces faits que nous nous excusons de ne pouvoir rapporter avec la rigueur clinique requise et sur lesquels néanmoins nous nous permettons d'appeler l'attention de nos confrères, il est possible cependant de conclure qu'il suffit de fouiller un peu l'histoire de la maladie pour pouvoir en faire le diagnostic : la notion de fréquence, les circonstances qui précèdent l'apparition des symptômes, ce caractère d'évolution par accès intermittents, ce fond confusionnel sur lequel reposent tous ces délires, joints aux signes cliniques que l'on peut recueillir à l'examen du malade, ne peuvent laisser de doute à un esprit averti : la nature palustre du mal s'im-

pose dans la majorité des cas et il suffit d'y penser pour pouvoir faire figure de petit dieu.

Mais surtout ne contentons-nous pas de sourire d'un air doctoral et de laisser mourir le malade, quand le paysan vient nous raconter des histoires de brigand ; au contraire, il faut chercher à comprendre ce que le paysan nous dit, même si ce qu'il nous dit peut paraître absurde à prime abord. Sourire c'est bien, mais il faut s'efforcer à donner au sourire son inévitable sens. Et ce véritable sens nous paraît d'abord de guérir son malade, puis d'expliquer au paysan par quel mécanisme la maladie a engendré ces symptômes singuliers, qui l'ont effrayé et induit en erreur. Ce faisant, nous aurons fait d'un côté notre devoir d'homme de bien, en sauvegardant à ces innombrables nichées la santé et par conséquent le bonheur, et de l'autre celui de bon citoyen, en ébranlant, sinon en détruisant, cette muraille de superstitions, qui, à notre sens, constitue encore un des obstacles à la marche en avant de notre pays.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici un certain nombre d'observations que nous avons prises lors de notre séjour à l'Hôpital du Protectorat, à Hanoï. Nous nous excusons de ce qu'elles ne soient pas assez fouillées au point de vue psychiatrique, étant donné que nous n'étions pas alors bien armés pour étudier les malades à ce point de vue. Nous espérons néanmoins qu'elles pourront tout de même donner une idée générale, chez les malades atteints d'accès pernicieux palustres, de la confusion mentale, à laquelle nous avons fait allusion dans les chapitres précédents.

OBSERVATION N° 1

Le 11 décembre 1928, vers 21 heures $\frac{1}{2}$, un agent de police nous a amené, à l'Hôpital du Protectorat, un individu qu'il a trouvé, dit-il, très malade, dans un coin du marché de Hanoï. Aucun renseignement.

EXAMEN CLINIQUE :

Etat général. — Le malade ne peut pas marcher. Sur le lit d'examen, il reste immobile. Il regarde dans le vague, cligne des paupières de temps à autre. Nous l'interrogeons, point de réponse. Il n'a pas l'air de nous comprendre, de faire attention à ce qui l'entoure. Nous avons l'impression

qu'il y a chez lui une suppression momentanée de toute activité psychique. Un certain moment, il fait un court délire, constitué par des idées incohérentes. Le délire passé, il retombe dans un état d'indifférence absolue, dans une hébétude complète. Température : 36°9.

Troubles viscéraux :

- a) Appareil pulmonaire : râles de bronchite du côté droit.
- b) Appareil cardiaque : rien à signaler. Pouls régulier, 80 à la minute.
- c) Foie : normal.
- d) Rate : palpable sous le rebord costal. Palpation non douloureuse.
- e) Abdomen : pas de ballonnement, pas de contracture, palpation non douloureuse.

Troubles moteurs :

Face : pas de paralysie.

Nuque : légère hypertonie des muscles.

Membres supérieurs : légère contracture en flexion, facilement vaincue par des mouvements passifs. De temps à autre, contractions spasmodiques consistant en mouvements de demi-flexion et de demi-extension de l'avant-bras sur le bras. Ebauche de mouvements athétosiques au niveau des doigts.

Membres inférieurs : légère contracture en extension.

Troubles des réflexes :

Pas d'inégalité pupillaire.

Pas d'Argyll Robertson.

Réflexes olécraniens, cubitaux, radiaux normaux.

Réflexes rotuliens un peu exagérés.

Pas de trépidation épileptoïde.

Pas de signe de l'éventail.

Babinski en flexion.

Pas de Kernig.

Réflexes cutanés un peu paresseux.

Troubles sensitifs : pas de troubles sensitifs.

Troubles sphinctériens : pas de troubles sphinctériens.

Troubles vaso-moteurs : peau moite, froide. Pas d'éruption cutanée, ni labiale.

Troubles trophiques : pas de troubles trophiques.

EXAMEN DE LABORATOIRE :

1° *Examen du sang périphérique* : nombreux hématozoaires (croissants).

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien* : liquide CR : clair, hypertendu.

a) Examen bactériologique : pas de microorganismes.

b) Examen cytologique : lymphocytose légère.

c) Wassermann : négatif.

d) Guillain, Lechelle et Laroche : négatif.

Traitement :

1° Injection intramusculaire de chlorydrate de quinine, 2 grammes.

2° Injection sous-cutanée d'huile camphrée, 0 gr. 40.

Le lendemain matin (environ 9 heures après le traitement), le malade est complètement transformé ; il marche, il parle, se plaint encore d'un peu de fatigue.

OBSERVATION N° 2

Le 4 décembre 1928, M. Nguen-Van T... est entré dans notre service pour fièvre.

Antécédents héréditaires et personnels : la personne qui accompagne le malade ne peut donner aucun renseignement sur ce point.

Histoire de la maladie : le malade a été pendant un certain temps à Thai-Nguyễn (région impaludée). Revenu depuis peu

à Hanoï, il est tombé malade depuis deux jours. Aucun autre renseignement.

EXAMEN CLINIQUE :

État général : le malade est couché sur le dos dans son lit, indifférent à tout, le regard dans le vague. Nous l'interrogeons, il n'a pas l'air de nous comprendre, et ne nous répond point. De temps à autre, il regarde à droite et à gauche comme s'il voulait chercher quelque chose. Si nous le touchons, il met un certain temps pour manifester son mécontentement par un grognement incompréhensible. Une fois, alors que nous cherchons à l'interroger, il nous demande tout à coup à boire de l'eau fraîche. Croyant qu'il est revenu à lui, nous lui posons alors un certain nombre de questions. Mais malgré nos questions répétées, il retombe lentement et progressivement dans une hébétude complète. Observons-le pendant un temps suffisamment long : il ne tarde pas à fermer ses yeux à demi et à prendre l'air de somnoler. Mais ce sommeil n'est qu'apparent, car dès qu'on le touche, il ouvre lentement les yeux et semble être contrarié de ce qu'on le dérange. La température axillaire est de 39°7.

Troubles viscéraux :

- a) Appareil pulmonaire : rien à signaler.
- b) Appareil cardiaque : tachycardie. Pouls 100 à la minute.
- c) Foie : normal.
- d) Rate : percutable. La zone de matité atteint en haut la huitième côte ; dépasse en avant la ligne axillaire moyenne environ d'un travers de doigt.
- e) Abdomen : légèrement contracturé. Palpation douloureuse.
- f) Appareil digestif : langue saburrale. Constipation.

Troubles moteurs :

Face : pas de paralysie faciale.

Bouche : trismus.

Nuque : pas de raideur.

Membres supérieurs : rien à signaler.

Membres inférieurs : membre inférieur du côté droit légèrement contracturé en flexion. Mouvements passifs possibles, mais paraissant douloureux.

Troubles des réflexes :

Pas d'inégalité pupillaire. Pas de signe d'Argyll.

Réflexes olécraniens, cubitiaux et radiaux normaux.

Réflexe rotulien du côté droit un peu vif ; celui du côté gauche paraissant normal.

Pas de trépidation épileptoïde.

Pas de signe de l'éventail.

Babinski en flexion.

Pas de Kernig.

Réflexes cutanés normaux.

Troubles sensitifs : pas de troubles sensitifs.

Troubles sphinctériens : rien à signaler.

Troubles vaso-moteurs : peau morte. Teinte terreuse.

Troubles trophiques : rien à signaler.

EXAMEN DE LABORATOIRE :

1° *Examen du sang périphérique* : hématozoaires nombreux (formes jeunes).

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien* : liquide CR : clair, hypertendu.

a) *Examen cytologique* : lymphocytose très légère.

b) Albumine : 0,22 0/00.

c) Wassermann : négatif.

c) Sucre : présence.

Traitement :

1° Injection intra-musculaire de chlorhydrate de quinine,
2 gr. en deux fois, matin et soir.

2° Injection sous-cutanée d'huile camphrée, .0 gr. 40.

3° Lavement évacuateur simple.

Le jour suivant, l'état du malade est très fortement amélioré, il ne se plaint plus que d'un peu de céphalée.

OBSERVATION N° 3

Le 27 novembre 1928, M. Yu-T..., de nationalité chinoise, est amené vers 20 heures à la salle de garde par deux de ses compatriotes. D'après les renseignements donnés par ces derniers nous apprenons que le malade est originaire de Canton et qu'il est au Tonkin depuis trois mois.

Faisant la profession de marchand ambulant, le malade était successivement à Chobo, Yenbay, Hoabinh, Vinh, Nghêan (régions impaludées). Dans chacune de ces régions, il restait environ une dizaine de jours. Mais jusqu'à sa maladie actuelle, il n'aurait jamais présenté d'accès de fièvre palustre (?)

Antécédents héréditaires et personnels : aucun renseignement.

Histoire de la maladie : étant à Vinh, pour ses affaires, le malade aurait télégraphié à l'un des siens disant qu'il était souffrant et qu'il allait revenir à Hanoï.

Ce matin, dans le train de Vinh-Hanoï, le malade serait tombé tout d'un coup dans le coma (?) et il fallut qu'une de ses connaissances, présente à ce moment, allât annoncer l'accident à un de ses parents pour qu'il vînt le chercher à la gare et le faire transporter à l'hôpital. Pas d'autres renseignements.

EXAMEN CLINIQUE :

Etat général : le malade est très pâle, il est couché immobile dans son lit, les yeux ouverts, les pupilles légèrement dilatées, le regard dans le vide, scrutant vaguement le plafond de sa chambre. De temps à autre, il regarde à droite

et à gauche, comme pour chercher à voir quelque chose. Il n'a pas l'air de comprendre quand on lui parle, il ne répond pas à nos questions réitérées. A le voir, on dirait qu'il est dans un monde autre que le nôtre, ayant perdu décidément tout contact avec l'ambiance dans laquelle il se trouve. Pas de délire bruyant ; de temps à autre il contracte les muscles de ses lèvres comme s'il voulait mâchonner quelque chose. Cette indifférence pathologique, cette hébétude stupide est troublée par moment par des secousses de vomissement pendant lesquelles le malade rend quelques mucosités séreuses.

Troubles viscéraux :

- a) Appareil pulmonaire : rien à signaler.
- b) toie : rien à signaler.
- c) Cœur : tachycardie. Pouls, imperceptible.
- d) Rate : hypertrophiée. La matité atteint en haut la huitième côte gauche.
- e) Appareil digestif : langue très chargée. Constipation.
- f) Appareil urinaire : urines très foncées et rares.
- g) Abdomen : souple, excavé. Palpation non douloureuse.

Troubles moteurs :

Face : pas de paralysie faciale. Joues flasques, excavées.

Nuque : pas de raideur.

Membres supérieurs : du côté droit, légère contracture en flexion.

Membres inférieurs : contracture en extension, facilement vaincue par mouvements passifs.

Troubles des réflexes :

Pas d'Argyll.

Réflexes olécraniens, radiaux et cubitaux normaux.

Réflexes tendineux normaux.

Pas de clonus du cou-de-pied.

Pas de signe de l'éventail.

Babinski en flexion.

Pas de Kernig.

Réflexes cutanés normaux.

Troubles sensitifs : rien à signaler.

Troubles sphinctériens : pas de troubles sphinctériens.

Troubles vaso-moteurs : peau moite, visqueuse surtout dans la moitié supérieure du corps. Pas d'éruption cutanée. Pas de cyanose.

Troubles trophiques : rien à signaler.

EXAMEN DE LABORATOIRE :

1° *Examen du sang périphérique* : hématozoaires positifs (nombreuses formes jeunes).

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien* : liquide CR : clair, s'écoulant goutte à goutte.

a) Albumine : 0,30 0/00.

b) Examen cytologique : lymphocytose très discrète.

c) Sucre : présence.

d) Wasserman : négatif.

Traitement :

1° Injection intra-musculaire de chlorydrate de quinine, 1 gr.

2° Injection sous-cutanée d'huile camphrée et de caféïne.

Traitement insuffisant, le malade est mort le lendemain.

OSERVATION N °4

Le 20 janvier 1928, M. Nguyen-Van G..., âgé de 32 ans, menuisier, est entré dans notre service pour fièvre.

Antécédents héréditaires et personnels : parents tous morts de maladie inconnue. Deux frères et une sœur bien portants. Le malade n'a jamais été dans la haute région. Il travaille à Hanoï, rue des Malles. Pas d'autres renseignements.

Histoire de la maladie : d'après les renseignements donnés par son fils, la maladie actuelle remonterait à trois jours

environ Le premier jour de la maladie, le malade aurait présenté de la céphalée, puis un accès de fièvre avec les trois stades caractéristiques d'un accès de fièvre palustre. Pendant l'accès, le malade aurait vomé abondamment. Cet accès dura environ 2 heures, laissa après sa disparition une sensation de lassitude qui persista le jour suivant et empêcha le malade de reprendre son travail. Aujourd'hui, troisième jour de la maladie, nouvel accès apparaissant presque à la même heure que le premier ; le malade présente des frissons, de la température, une demi-heure après on le trouve dans l'état où nous le voyons maintenant, ce qui a motivé son entrée à l'hôpital.

EXAMEN CLINIQUE :

Etat général : le malade est d'une teinte terreuse. Sa face est mouillée de grosses gouttes de sueur. Il reste immobile dans son lit, il regarde à droite et à gauche dans le vague. Il n'a pas l'air de comprendre ce qu'on lui dit, de reconnaître l'ambiance dans laquelle il se trouve. Il ne répond à aucune de nos questions, malgré la patience que nous avons déployée pour l'interroger. Si nous le touchons, ses réactions se font encore, mais avec quelle lenteur, soit pour retirer la main, soit pour ébaucher une mimique de mécontentement. Il semble être ailleurs, dans une indifférence stupide déconcertante. La température est de 37°3.

Troubles viscéraux :

a) Appareil pulmonaire : quelques sibilances à l'auscultation.

b) Foie : rien à signaler.

c) Cœur : battements affaiblis. Intermittences. Pouls petit, intermittent, 80 à la minute.

d) Rate : hypertrophiée. Limite supérieure atteignant la huitième côte gauche. Percussion douloureuse, le malade esquissant des mouvements de défense.

e) Appareil digestif : langue saburrale, Constipation.

f) Appareil urinaire : urines très foncées, peu abondantes.

g) Abdomen : ventre flasque, non douloureux.

Troubles moteurs :

Face : pas de paralysie.

Nuque : légère raideur.

Membres supérieurs : pas de contracture.

Membres inférieurs : pas de contracture.

Troubles des réflexes :

Pas d'Argyll.

Réflexes olécraniens, radiaux, cubitaux normaux.

Réflexes tendineux paraissant un peu vifs.

Pas de clonus.

Pas de signe de l'éventail.

Babinski en flexion.

Pas de Kernig.

Réflexes cutanés paraissant normaux.

Troubles sensitifs : rien à signaler.

Troubles vaso-moteurs : peau moite, visqueuse. Pas de troubles circulatoires. Pas d'éruption cutanée.

Troubles trophiques : pas de troubles trophiques.

EXAMEN DE LABORATOIRE :

1° *Examen du sang périphérique :* hématozoaires (plasmodium précoce).

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien :* liquide CR : clair, hypertendu.

a) Albumine : 0,56 0/00.

b) Examen cytologique : 10 lymphocytes par $\frac{m}{m}3$, 1 polynucléaire par $\frac{m}{m}3$.

c) Sucre : présence.

d) Quillain-Laroche : positif.

Traitement :

Pendant les deux premiers jours :

1° Injection intra-musculaire de chlorhydrate de quinine, 1 gr. 50.

2° Quinine à prendre par la bouche, 0 gr. 50.

3° Injection sous-cutanée d'huile camphrée, 0 gr. 40.

Le troisième jour, le malade est ressuscité. En plus du traitement quinique, nous instituons un traitement spécifique. Au bout de trois jours, le malade demande à sortir pour le premier jour de l'an.

OBSERVATION N °5

Le 11 mars 1928, M. Lê-Vân X..., 27 ans, maçon, originaire de Hadong, est amené dans notre service par les personnes de sa famille.

Antécédents héréditaires et personnels : le malade a été dans la haute région pendant deux ans. Il a eu, durant ce séjour, trois fois des accès de fièvre, calmés par de la quinine. Pas d'autres renseignements.

Histoire de la maladie : revenu à Hanoï depuis 15 jours, il vient d'avoir deux accès de fièvre, à l'occasion desquels il a pris deux potions de médicaments sino-annamites. Après l'ingestion de la dernière potion, le malade aurait été dans le coma (?) ; on l'a transporté immédiatement à l'hôpital. Nous n'avons pas pu faire préciser davantage l'histoire de la maladie.

EXAMEN CLINIQUE :

Etat général : le malade est d'une teinte pâle, terreuse. Il a un aspect figé, les yeux immobiles, le regard dans le vague. Il n'a pas l'air de comprendre quand on lui parle et ne répond pas à nos questions. La perception est très diminuée, son activité générale et mimique est lente, paresseuse. Il donne l'impression d'être ailleurs, bien loin de l'ambiance. Il ne semble pas avoir remarqué la présence du nombreux personnel qui s'empresse autour de lui. Il se comporte comme s'il était tout seul, faisant abstraction du monde extérieur. Indifférence absolue, hébétude complète, bien voisine de la stupidité. La température est de 37°7.

Troubles viscéraux :

a) Appareil pulmonaire : respiration rude, accélérée. Pas d'autre signe anormal.

b) Foie : limite inférieure dépassant le rebord costal d'un travers de doigt.

c) Cœur : battements affaiblis. Arythmie. Pouls filiforme, arythmique, 85 à la minute.

d) Rate : hypertrophiée. Limite supérieure atteignant le huitième espace intercostal gauche, limite inférieure dépassant le rebord costal de 3 travers de doigt. Percussion non douloureuse.

e) Appareil digestif : langue saburrale.

f) Appareil urinaire : urines rares, très foncées.

g) Abdomen : pas de contracture des muscles abdominaux. Pas de douleurs, ni de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Troubles moteurs :

Face : dans la moitié droite : joue soulevée à chaque expiration, effacement du sillon labio-génien, commissure des lèvres moins élevée que celle du côté opposé ; légère paralysie faciale (?).

Nuque : pas de contracture des muscles de la nuque.

Membres supérieurs : légère contracture en flexion. Doigts fléchis dans la paume de la main, l'avant-bras sur le bras. Mouvements passifs faciles.

Membres inférieurs : légère contracture en extension.

Troubles des réflexes :

Pas d'Argyll.

Réflexes olécraniens, radiaux et cubitaux normaux.

Réflexes tendineux un peu vifs.

Clonus du cou-de-pied aux deux côtés, plus accentué à droite.

Pas de signe de l'éventail.

Babinski en flexion.

Pas de Kernig.

Réflexes cutanés normaux.

Troubles sensitifs : rien à signaler.

Troubles sphinctériens : incontinence des urines.

Troubles vaso-moteurs : refroidissement des extrémités.

Peau moite. Pas d'éruption cutanée.

Troubles trophiques : rien à signaler.

EXAMEN DE LABORATOIRE :

1° *Examen du sang périphérique* : hématozoaires positifs (formes jeunes).

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien* : liquide CR : clair, hypertendu.

a) Albumine : 0 gr. 20 0/00.

b) Examen cytologique : lymphocytose très discrète.

c) Wasserman : négatif.

d) Sucre : présence.

Traitement :

1° Injection intra-musculaire de chlorhydrate de quinine, 2 grammes.

2° Injection sous-cutanée d'huile camphrée, 0 gr. 40.

Le 12 mars, très amélioré. Température 38°1. Le malade peut se lever, mais il ne peut pas encore marcher. Une fois, il s'accroupit et fait de suite 4 ou 5 mouvements de rotation, en tournant sur place, pendant que les membres supérieurs font des mouvements désordonnés. Il crie quand on l'importune et pousse des jurons quand on lui fait des injections. Il ne répond pas encore aux questions qu'on lui pose. Même traitement que le jour précédent.

Le 13 mars, le malade n'a plus de fièvre. Il peut se lever et marcher un peu dans la salle. Il commence à bavarder avec ses voisins. Il répond intelligemment à nos questions, mais présente un certain degré d'amnésie. Le malade demande à sortir.

OBSERVATION N° 6

Le 31 mars 1928, Mme Nguyen-Thi M..., âgée de 55 ans, est amenée dans notre service pour fièvre et délire.

Antécédents héréditaires et personnels : les personnes qui ont accompagné la malade n'ont pas pu nous donner de renseignements à ce sujet.

Histoire de la maladie : la maladie actuelle aurait débuté hier. La malade aurait eu un accès de fièvre avec les stades caractéristiques d'un accès de fièvre palustre. Avec de la fièvre, la malade faisait un délire bruyant, ce qui a fait décider son entrée à l'hôpital. Pas d'autres précisions sur l'histoire de la maladie.

EXAMEN CLINIQUE :

Etat général : la malade est d'une teinte pâle, terreuse. Elle reste immobile et silencieuse dans son lit. Elle regarde dans le vague. Nous l'interrogeons, elle répond à tort et à travers ; elle n'a pas l'air de nous comprendre et, plus souvent, elle semble n'avoir pas entendu ce que nous lui demandons. Elle est ailleurs... Ses membres, surtout les supérieurs, tremblent fortement ; la malade se serre les mains l'une dans l'autre. De temps à autre, au niveau de la face, elle contracte son muscle frontal, comme si elle souffrait beaucoup de la tête. Des contractions des muscles orbitaires apparaissent par intervalle d'une façon fugace. Par moments, la mâchoire inférieure est secouée de tremblements, comme si la malade avait froid et grelottait. Au bout d'un instant, tout rentre dans l'ordre, il ne reste plus qu'un masque figé, sans expression, ponctué de deux grands yeux poursuivant quelque chose dans le vide. La perception est très diminuée, les réactions sont lentes, l'hébétude est complète. La température est de 37°2.

Troubles viscéraux :

- a) Appareil pulmonaire : rien à signaler.
- b) Foie : rien à signaler.
- c) Cœur : battements assourdis. Pouls petit, bien frappé, 80 à la minute.
- d) Rate : percussion douloureuse, la malade faisant des grimaces et esquissant des mouvements de défense. Limite supérieure atteignant la huitième côte gauche.
- e) Appareil digestif : langue très chargée.
- f) Appareil urinaire : urines foncées, peu abondantes.
- g) Abdomen : souple. Pas de douleur, ni de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Troubles moteurs :

Face : contractions intermittentes et fugaces du frontal et des muscles orbitaires. Pupilles légèrement dilatées. Trismus léger.

Nuque : pas de contracture des muscles de la nuque.

Membres supérieurs : pas d'hypertonie musculaire.

Membres inférieurs : pas d'hypertonie musculaire.

Troubles des réflexes :

Pas d'Argyll.

Réflexes olécraniens, radiaux, cubitaux normaux.

Réflexes tendineux normaux.

Pas de clonus.

Pas de signe de l'éventail.

Babinski en flexion.

Pas de Kernig.

Réflexes cutanés normaux.

Troubles sensitifs : rien à signaler.

Troubles sphinctériens : incontinence des urines et des matières.

Troubles vaso-moteurs : peau moite et visqueuse. Pas de troubles circulatoires. Pas d'éruption cutanée.

Troubles trophiques : rien à signaler.

EXAMEN DE LABORATOIRE :

1° *Examen du sang périphérique* : hématozoaires positifs (croissants).

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien* : liquide CR : clair, hypertendu, contenant 0 gr. 20 de sucre par litre.

Traitement :

1° Injection intra-musculaire de chlorhydrate de quinine, 2 gr.

2° Injection sous-cutanée d'huile camphrée, 0 gr. 40.

Le lendemain, la malade est hors de danger, complètement transformée ; elle reste encore trois jours à l'hôpital, puis elle demande à sortir.

OBSERVATION N° 7

Le 3 novembre 1928, Mme X..., trouvée malade sur la voie publique, est amenée dans notre service par un agent de police.

Antécédents héréditaires et personnels : néant.

Histoire de la maladie : aucun renseignement.

EXAMEN CLINIQUE :

État général : la malade est immobile, inerte, présentant un masque figé, sans expression, le regard dans le vague. Un moment elle nous fixe, semble être très étonnée ; nous lui parlons, elle n'a pas l'air de nous comprendre et ne nous répond pas. Si nous la touchons, lentement, elle esquisse une mimique de contrariée, en même temps qu'elle grogne. Et aussitôt, elle est déjà ailleurs, bien loin de nous, dans une hébétude complète. Parfois, elle ne semble pas avoir perçu qu'on l'a dérangée et continue tranquillement, sans le moindre souci de l'ambiance, à rester dans une véritable stupidité.

Troubles viscéraux :

- a) Appareil pulmonaire : rien à signaler.
- b) Cœur : battements réguliers mais assourdis. Pouls imperceptible.
- c) Foie : paraissant normal.
- d) Rate : percussion ne donnant aucun signe anormal.
- e) Appareil digestif : langue très chargée. Haleine fétide.
- f) Appareil urinaire : urines rares, très foncées.
- g) Abdomen : légère contracture de la paroi abdominale. Palpation non douloureuse. Rien à signaler au niveau de la fosse iliaque droite.

Troubles moteurs :

Face : pas de paralysie faciale. Pas de dilatation pupillaire. Après ponction lombaire, rétrécissement pupillaire et nystagmus. Trismus.

Nuque : pas de raideur.

Membres supérieurs : contracture en demi-flexion. Mouvements passifs difficiles.

Membres inférieurs : pas de contracture.

Troubles des réflexes :

Pas d'Argyll.

Réflexes olécraniens, radiaux, cubitaux vifs.

Réflexes tendineux paraissant normaux.

Pas de clonus.

Pas de signe de l'éventail.

Babinski en flexion.

Pas de Kernig.

Réflexes cutanés normaux.

Troubles sensitifs : rien à signaler.

Troubles sphinctériens et troubles trophiques : néant.

Troubles vaso-moteurs : peau moite. Pas d'éruption cutanée. Refroidissement des extrémités.

EXAMEN DE LABORATOIRE :

1° *Examen du sang périphérique* : hématozoaires positifs (nombreuses formes jeunes).

2° *Examen du liquide céphalo-rachidien* : liquide CR : clair, hypertendu.

a) Albumine : 0,56 0/00.

b) Examen cytologique : pas d'éléments figurés.

c) Examen bactériologique : pas de corps microbiens.

d) Guillain-Laroche : négatif.

Traitement :

1° Injection intra-musculaire de chlorhydrate de quinine, 1 gr.

2° Injection sous-cutanée d'huile camphrée, 0 gr. 40.

Traitement insuffisant par suite de l'hésitation du diagnostic clinique ; la malade est morte dans l'après-midi le jour même de son entrée. La nécropsie n'a pu être faite, le cadavre ayant été réclamé par la fille de la défunte.

Essai d'étude synthétique des accès pernicieux palustres

Sans chercher à rappeler les multiples théories qu'on à émises pour expliquer la perniciosité, disons cependant quelques mots sur la pathogénie de certains symptômes qu'on rencontre fréquemment dans les accès pernicieux palustres.

Pour M. RÉGIS, la psychose malarique présente tous les caractères des délires toxiques, les mêmes qu'on voit dans les délires qui surviennent dans les diverses infections et intoxications. Il y retrouve les mêmes troubles mentaux, un délire de rêve, une confusion mentale aiguë ou subaiguë, une stupidité. Dans sa thèse, CHABAL a soutenu et développé les mêmes idées. A son avis, les perturbations mentales dans la psychose malarique seraient des phénomènes toxiques comme ceux de l'alcoolisme et du saturnisme. Il accepte bien que l'état antérieur du sujet doit jouer un certain rôle, mais il ne va pas jusqu'à admettre qu'il est absolument nécessaire que les malades aient une hérédité vésanique.

Au contraire, REY affirme non seulement que l'aliénation mentale peut survenir chez les paludéens en dehors

de toute prédisposition, mais encore que la plupart de ceux qui délirent n'ont aucun antécédent morbide. D'après REY, dans certains cas où les sujets présentent des tares héréditaires et individuelles, il a pu quelquefois suivre dans les manifestations délirantes ce qui revient à l'intoxication palustre et ce qui revient à la dégénérescence mentale. Seulement à l'appui de cette dissertation, il n'a pu fournir des observations cliniques ; ce qui est regrettable, car pouvoir chez un paludéen qui délire faire deux parts distinctes des troubles intellectuels serait résoudre la question en litige de l'existence d'une psychose palustre ayant des caractères spécifiques.

Pour notre part, tout en croyant que la psychose malarique est une psychose d'origine toxique, il nous paraît cependant nécessaire que la notion de prédisposition entre en ligne de compte, non seulement pour mouler cette psychose toxique et lui donner les multiples formes que nous voyons en clinique, mais aussi pour expliquer pourquoi parmi les malades faisant des accès pernicieux, les uns délirent alors que d'autres ne le font pas.

Il est d'observation courante que la forme délirante de l'accès pernicieux se voit fréquemment chez les alcooliques, alors que les formes convulsives se manifestent de préférence chez les épileptiques et chez les enfants.

Si nous voulons d'autre part nous baser sur les statistiques, PARMANIK a rapporté que sur 106 paludéens délirants, il a observé 44 seulement du sexe masculin et 62 du sexe féminin, ce qui donne une proportion de 58,4 pour 100 de femmes. Cette prédominance semble bien indiquer la part importante que prend le nervosis-

me des sujets dans l'éclosion des troubles intellectuels palustres. Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ici l'opinion de MARANDON de MONTYEL : « Les paludéens qui délirent au cours de l'accès sont des prédisposés. Je crois que rares sont ceux qui ne partagent pas l'avis de MM. LEMOINE et CHAUMIER, lesquels estiment que le miasme palustre n'est alors qu'un agent provocateur chez les sujets qui, par hérédité ou maladie antérieure, ont ce qu'on peut appeler une faiblesse cérébrale, car alors on serait en droit de demander pourquoi le délire n'accompagne pas tous les accès intermittents graves. Pour nous comme pour eux, la fièvre intermittente est le coup de fouet qui détermine l'explosion des troubles intellectuels et ce n'est pas à une variété morbide particulière qu'est due la forme délirante de l'accès pernicieux, mais bien à une prédisposition spéciale de l'individu ».

Il nous semble donc que, jusqu'à preuve du contraire, deux notions dominent la pathogénie des accès pernicieux palustres : d'une part, *l'intoxication malarique* ; de l'autre, la *prédisposition*. Ces deux notions suffisent à expliquer la multiplicité des formes des accès et satisfont assez l'esprit par leur simplicité extrêmement séduisante.

Quant au polymorphisme extrêmement complexe des accès pernicieux palustres, en pratique ne peut-il pas être simplifié ? En effet, si nous voulons bien nous reporter aux différentes classifications que nous avons rapportées précédemment, il est impossible de se défendre d'un certain effroi à la pensée des difficultés qu'on

aura à se débrouiller dans la pratique avec un bagage si indigeste.

Et cet effroi est d'autant plus justifié que, laissant ces classifications de côté et retournant à nos traités classiques de Pathologie exotique, au chapitre traitant des accès pernicioeux palustres, nous sommes vraiment surpris de n'y pas trouver la simplicité soulageante que nous avons l'habitude de rencontrer à propos d'autres maladies.

Tous les auteurs traitent la question des accès pernicioeux palustres de la même façon. Après avoir donné la définition, étudié les causes favorisantes, ils distinguent de multiples accès pernicioeux : accès délirants, accès comateux, accès convulsif, accès tétaniforme, etc, etc... A chaque accès, une description : *les choses se passent de la façon suivante, etc... ; il s'agit de M^{me}, etc... ; M. un tel, etc...* Bref, chaque auteur apporte pour ainsi dire sa collection d'observations, qui à la lecture donnent l'impression de n'avoir aucun lien entre elles et par cela même nous paraissent loin d'avoir la simplicité nécessaire pour qu'on puisse les retenir.

Alors que dans les autres chapitres de la pathologie, il y a toujours un tableau clinique général, à partir duquel selon l'évolution ou selon la prédominance de tel ou tel symptôme, on déduit différentes formes cliniques, ici au contraire, les auteurs ne décrivent que les formes cliniques, le schéma général, synthèse de toutes les observations, n'existe pas.

Il semble pourtant qu'il est plus commode en pratique de retenir le schéma général que les multiples formes

cliniques, lesquelles peuvent être facilement déduites selon l'évolution ou la prédominance des symptômes. Il nous paraît d'autre part, qu'il faut se garder par ailleurs de la tendance à la classification à outrance, de cette tentation facile à étiqueter tous les accès pernicieux, car souvent la réalité est chargée de nous en donner des démentis déconcertants.

Tel malade en effet peut présenter à un moment donné un délire prédominant, une demi-heure après une crise de convulsions typiques après laquelle il tombe dans une complète asthénie ; dira-t-on qu'il a successivement un accès délirant, un accès convulsif, un accès asthénique ? Ne vaut-il pas mieux être sobre dans son vocabulaire et dire simplement qu'il fait un accès pernicieux tout court, accès répondant au schéma général auquel nous avons fait allusion ?

Dans les « Traités de Pathologie interne », collection SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX, M. PAISSEAU frappé sans doute de la complexité des formes des accès pernicieux, dit qu'on peut les ramener à deux formes principales : *l'accès cérébral* et *l'accès algide*. Plus bas, il ajoute : « Dans de nombreux cas, ces formes cliniques ne sont pas aussi indépendantes, mais les phénomènes apoplectiques, délirants convulsifs, méningés s'associent ou se succèdent les uns aux autres ».

Sans être tellement aveuglé par l'idée fixe de vouloir synthétiser à tout prix jusqu'à nous exposer à nous illusionner sur les idées des autres, il nous semble cependant qu'il y ait là un pressentiment de la possibilité d'élaboration d'un tableau clinique général. Etant donné

que dans la majorité des cas, les phénomènes s'enchevêtrent, s'intriquent à tel point qu'on ne peut disloquer les uns sans lésar les autres, il nous semble plus conforme à la réalité de décrire un tableau d'ensemble où chaque phénomène a sa place et qui embrassant la totalité peut répondre à chaque cas particulier....

Au point de vue clinique, l'accès pernicieux palustre nous paraît pouvoir être schématisé de la façon suivante. Comme un accès palustre simple, il peut être décomposé en trois stades :

Premier stade : Depuis quelques jours le malade a fait des accès palustres simples. A l'heure où l'accès habituel doit se produire, il sent des malaises, de la courbature, de la rachialgie, des frissons. L'examen pratiqué à ce moment montre les signes habituels : teinte terreuse, amaigrissement, asthénie ; les conjonctives sont pâles ou jaunâtres ; la respiration est régulière, mais faible, paraissant superficielle ; la langue est très chargée ; la rate est percevable ou palpable ; les urines très foncées. Partout ailleurs, rien à signaler. Le malade se plaint d'une sensation de froid, surtout marquée au niveau de la colonne vertébrale ; des frissons apparaissent de temps à autre ; parfois tremblement généralisé à tout le corps, plus marqué au niveau de la bouche ; les extrémités sont pâles et froides. L'attitude du malade est variable, en général il se couche sur le côté, en chien de fusil, recroquevillé sur lui-même. Si l'on prend la température rectale, on voit que la colonne mercurielle commence à ascensionner.

Chez les malades ayant eu déjà plusieurs accès, la durée de ce stade est en général très courte.

Deuxième stade : L'aspect du malade change complètement : le faciès est plus ou moins congestionné ; les yeux brillants, injectés ; la respiration rapide bruyante ; au toucher, les téguments sont chauds ; la rate est perceptible ou palpable ; la température s'élève et peut atteindre 42°. Le malade peut délirer avec excitation psychique et motrice plus ou moins accentuée ; les formes du délire sont variables ; toutes les formes de délire, depuis les bouffées délirantes jusqu'aux formes systématisées, peuvent se voir. Le malade peut présenter en outre des convulsions localisées revêtant tous les types. Il peut avoir des phénomènes méningés, des contractures fugaces ou persistantes, etc... etc... Ce qui nous paraît important, c'est que tous ces phénomènes reposent sur un fond mental toujours le même, fait de confusion subaiguë ou aiguë, le malade est plus ou moins en état de veille. Il faut savoir dépister cette confusion, selon les circonstances, en ayant bien entendu présents à la mémoire les différents éléments qui la constituent. Il faut se garder de se laisser aveugler par les phénomènes bruyants et de passer à côté de la véritable face de la maladie.

A part ce cachet spécial, rien d'autre important à retenir, les troubles viscéraux, reflexes, sphinctériens n'offrant rien de constant et de particulier.

La durée de ce stade varie selon les individus ; chez les malades dont l'état général est précaire, ce stade

peut apparaître pour s'éclipser aussitôt et laisser la place au stade suivant.

Troisième stade : le malade reste immobile dans son lit, il regarde dans le vague, présente un aspect figé, un masque sans expression dont les traits traduisent l'étonnement, l'indifférence complète.

Alors que dans le stade précédent, il peut avoir une excitation psychique et motrice plus ou moins marquée, ici il est complètement inerte. Les opérations intellectuelles se font avec une lenteur extrême ; l'activité générale et mimique est minime ; la perception persiste encore mais elle est diminuée. Du côté de l'affectivité, même diminution, même torpeur. Le malade paraît ne rien éprouver, ne rien sentir, ne rien désirer. La conscience personnelle semble suspendue. La personnalité est vague, flottante, sans cohésion et va même jusqu'à s'éteindre. Si on interroge le malade, il met un certain temps pour répondre, ses réponses se font à tort et à travers, il est complètement désorienté. Le plus souvent, il n'a pas l'air de comprendre ce qu'on lui dit et ne répond à aucune question, malgré la patience avec laquelle on s'y prend. Il est dans une hébétude complète, tendant vers la stupidité.

Partout ailleurs, le malade ne présente rien de spécial. La peau est moite, visqueuse ; la rate est perceptible ou palpable ; la température oscille autour de la normale, souvent le malade est hypothermique.

La durée de ce stade ne nous paraît pas dépasser douze heures. Rapidement et progressivement, il aboutit au coma avant-coureur de la mort.

L'accès pernicieux palustre, ainsi conçu, nous paraît conforme à la réalité clinique. Bien entendu, selon la prédominance de tel ou tel symptôme ou selon l'évolution plus au moins habituelle de l'accès, libre à soi d'en déduire la forme clinique qui conviendra. Mais le schéma général, nous avons essayé de l'esquisser plus haut, en nous basant sur l'étude des observations recueillies par différents auteurs et sur celles recueillies par nous-mêmes. Dans l'exercice courant de notre art, surtout dans notre pays où en plus de la pathologie courante de la métropole, le praticien doit bien connaître la pathologie exotique, nous croyons que sur chaque matière et en l'espèce sur les accès pernicieux palustres dans le cas qui nous occupe, il est plus pratique d'avoir un schéma général qui, tout en embrassant la majorité sinon la totalité des cas, a cet avantage de moins peser à une mémoire déjà surchargée. Quant à chercher à se rappeler par ordre de fréquence ou pour tout autre ordre les multiples formes cliniques des accès pernicieux palustres, la moindre chose qu'on puisse en dire, c'est que si cela peut être très beau dans un concours, en pratique la chose paraît à notre sens vraiment indigeste.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic des accès pernicioeux palustres est très complexe. Il confine à la diagnose de la plupart des fièvres des pays chauds et même des pays tempérés. Nous n'avons pas la prétention de l'étudier ici d'une façon complète, nous nous bornerons simplement à exposer quelques données générales, en insistant toutefois sur certaines particularités qui nous paraissent importantes à connaître. Dans la pratique, nous estimons qu'il y a trois cas principaux à considérer :

Premier cas : *Le malade fait depuis un certain temps des accès de fièvre palustre intermittents ou une fièvre continue de nature palustre reconnue. Au cours d'un nouvel accès ou à un moment donné de la fièvre continue, quels sont les signes qui peuvent faire redouter l'imminence de la perniciosité ?*

Selon les auteurs, les plus habituels sont : une douleur mordante à la région de l'estomac, des vomissements, une invincible tendance au sommeil. Mais ces signes peuvent aussi bien appartenir à une fièvre simple, bénigne : dans ce dernier cas, ils s'apaisent rapidement

et tout rentre dans l'ordre. S'ils persistent, leur étrangeté doit éveiller des soupçons.

Voici surtout ceux dont il faut se méfier s'ils persistent alors que la fièvre est tombée : la sécheresse de la langue ou son aspect sale ; chez un malade qui ne souffre plus, de l'agitation, de l'inquiétude, une fréquente émission de soupirs pour se procurer du soulagement, des vomissements à vide non provoqués ou encore des déjections alvines franches, une envie de dormir inopportune ou tout autre symptôme de cet ordre.

Pour notre part, nous estimons qu'il ne faut pas perdre son temps à faire des subtilités, à rechercher les signes de la perniciosité qui n'existent pas ou, s'ils existent, quand on les aura reconnus, ce sera déjà trop tard. Car s'il est beau de pouvoir diagnostiquer la perniciosité d'un accès, il est infiniment préférable encore de pouvoir la prévenir et la guérir. Chez un malade faisant un accès palustre simple, tout signe anormal, sortant tant soit peu du cadre habituel de l'accès simple, doit entraîner cette conduite thérapeutique claire et nette : se conduire comme s'il s'agissait d'un accès pernicieux. Le travail de dépistage de la perniciosité perd de ce fait toute son importance.

Deuxième cas : *Le malade, en pays impaludés, fait depuis un certain temps des accès de fièvre intermittents ou une fièvre continue. Au cours d'un nouvel accès ou à un moment donné de la fièvre continue, le praticien*

est appelé parce que le malade est en imminence de danger.

a) Des accès de fièvre intermittents depuis un certain temps :

Si le tableau clinique que présente le malade répond au schéma que nous avons tracé, le diagnostic d'accès pernicieux palustre s'impose. Les antécédents paludéens du malade y donnent plus de poids.

b) Fièvre continue jusqu'à l'état actuel :

Nous croyons devoir penser d'abord et surtout aux
fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ;
coup de chaleur ;
continue palustre pernicieuse.

L'anamnèse doit être recherchée avec soins. Si elle plaide en la faveur du paludisme, si les signes de la série typhique et paratyphique ne sont pas nets ou font défaut et que l'aspect du malade corresponde bien à notre schéma, le diagnostic de la nature palustre du mal nous paraît devoir s'imposer.

Puis pour parfaire le diagnostic différentiel, passer rapidement en revue :

typhus exanthématique ;
fièvre jaune ;
grippe ;
fièvre récurrente ;
fièvre rouge ou dengue ;
fièvres dites climatiques ou saisonnières ;
fièvre continue ardente non palustre (Morchead).

Troisième cas : *Un individu est amené à l'hôpital, parce qu'on l'a trouvé très malade sur la voie publique. Aucun renseignement.*

Le malade présente le tableau clinique que nous avons esquissé. Sur quels éléments nous baser pour faire le diagnostic différentiel ?

La notion de fièvre nous paraît ici peu importante ; car nous estimons que la température n'a de réelle valeur que lorsqu'elle peut être suivie sur une échelle de plusieurs jours. Prise isolément, sa valeur loin d'être négligeable ne nous paraît pas susceptible de servir de base solide à une discussion clinique.

Nous croyons qu'on peut tabler sur la confusion mentale du malade pour entamer une discussion suivant les règles. Nous ne pouvons que rappeler brièvement ici les grands chapitres du diagnostic des confusions mentales symptomatiques, en renvoyant pour plus amples détails aux traités classiques.

La confusion mentale peut se rencontrer dans :

- 1° infections aiguës ;
- 2° infections chroniques ;
- 3° intoxications exogènes ;
- 4° auto-intoxications ;
- 5° lésions méningées ;
- 6° lésions cérébrales ;
- 7° lésions traumatiques ;
- 8° épilepsie ;
- 9° maladies mentales.

Dans le cas particulier qui nous occupe, l'anamnèse faisant défaut, l'étude attentive du malade nous semble nécessaire pour pouvoir poser un diagnostic solide, auquel on arrive le plus souvent par une élimination successive.

Si, d'autre part, le malade nous est amené dans le coma, il est clair que ce n'est plus le diagnostic des confusions, mais plutôt celui des comas qu'il faut envisager.

Qu'il s'agisse du diagnostic des confusions ou de celui des comas, trois notions entrent en ligne de compte : la fréquence des accès pernicieux palustres, la saison de l'année, l'hypertrophie splénique. Quelle valeur leur doit on accorder ?

Nous pensons qu'elles n'ont surtout de valeur que dans les cas où l'on hésite. A charges égales, elles font pencher la balance en faveur de la nature palustre du mal. Mais nous ne saurions trop répéter qu'il faut se garder de se laisser glisser facilement sur la pente des généralisations et des idées préconçues.

Rien n'est plus propre à induire en erreur que l'esprit de la pathologie de clocher. Dans les pays suspects, on a une invincible tendance à voir partout, à toute heure, en tout lieu, sous toutes les formes, le spectre de la perniciosité. Et on distribue à profusion de fortes doses de quinine. Mais combien de fois on s'est trompé et de telles erreurs combien de malades les ont payé de leur vie.

Nous ne dissimulons pas que le diagnostic de l'accès

pernicieux palustre est un diagnostic très ardu, raison de plus pour qu'on s'y prenne avec discernement. Mais nous croyons néanmoins qu'à la vérité, il est loin d'être impossible. Le malade bien étudié, la discussion du diagnostic rigoureusement conduite, dans la grande majorité des cas, le diagnostic clinique se pose avant le résultat de l'examen hématologique que d'ailleurs le praticien n'a pas toujours à sa disposition. Même dans le cas où l'on a un laboratoire à proximité, précisément dans cette affection où chaque minute compte pour la vie du malade, le diagnostic clinique permet d'orienter rapidement dans la bonne voie les recherches du laboratoire, en limite par suite les opérations, lesquelles peuvent être longues et conséquemment préjudiciables.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic vital des accès pernicieux palustres est variable, selon le moment où l'on intervient. En général, il est favorable si le malade peut recevoir un traitement approprié au deuxième ou troisième stade de l'accès. Plus tard, à la période du coma, le pronostic tout en n'étant pas fatal nous paraît très réservé.

Un malade qui a eu des accès pernicieux semble plus apte à en faire ultérieurement. Les accès ultérieurs seront-ils plus graves ? Nous ne possédons pas des observations à ce sujet, mais nous croyons que le pronostic éloigné d'un paludéen qui a fait des accès pernicieux dépend du traitement qu'il a suivi et de son état général au moment où éclatent les accès. En tous cas, il nous semble indiqué qu'il ne faut pas abandonner le malade dès qu'il est hors de danger ; il faut, au contraire, par un traitement arséno-quinique raisonné le suivre pendant un certain temps et le mettre, de ce fait, en état, sinon de guérir de son paludisme, du moins d'en être fortement amélioré.

En ce qui concerne le traitement, nous avons peu de chose à dire. Tel qu'on peut voir dans les observations

que nous avons rapportées, en matière de médicament nous sommes aussi sobres que possibles. Certains auteurs ont préconisé la quinine en injection intra-veineuse. Nous croyons que cela n'est pas nécessaire ; l'injection de quinine dans les muscles donne des résultats aussi satisfaisants ; en plus elle a cet avantage de préserver, de certains phénomènes de choc, un malade dont l'état général est déjà fort précaire.

Le tout est d'intervenir à temps, le mode d'injection nous paraît de guère importance.

1° *Injection intra-musculaire de chlorhydrate de quinine 2 gr. ;*

2° *Injection d'huile camphrée, 0. gr. 40 ;*

3° *Mettre le malade à l'abri des courants d'air, le bien couvrir ;*

4° *Veiller à l'alimentation (lavement nutritif, injection de sérum) si l'accès se prolonge.*

Telle est, chez les adultes, notre thérapeutique des accès pernicioeux palustres ; appliquée à temps, elle nous a toujours donné entière satisfaction.

L'accès pernicioeux une fois jugulé, il y a lieu d'instituer par la suite un traitement arséno-quinique approprié.

CONCLUSIONS

I° Au cours du paludisme en évolution chez un malade, il nous paraît dangereux de perdre son temps à rechercher les signes de l'imminence de la perniciosité des accès ultérieurs. Les subtilités cliniques sont trop souvent ingrates. Il est préférable de s'en passer et de se tenir prêt à conjurer tout danger, par un traitement approprié, au moindre signe d'alarme sortant tant soit peu du cadre habituel des accès simples.

II° Dans l'état actuel de la médecine, il n'y a pas encore de signe clinique pathognomonique de l'accès pernicieux palustre. Le clinicien doit faire preuve pour son diagnostic de beaucoup de sagacité et de discernement. Et à ce point de vue, le syndrome psychiatrique de la *confusion mentale* symptomatique nous paraît être un appoint non négligeable pour ce diagnostic difficile.

III° Etant donné le polymorphisme extrêmement complexe des accès pernicieux palustres, nous pensons qu'en pratique, il y a intérêt à avoir un tableau clinique général embrassant la majorité sinon la totalité des cas. Nous avons exposé notre conception clinique de l'accès per-

nicieux, conception peut-être prématurée et qui aurait besoin d'être passée au crible de la critique, ainsi que nous en formons sincèrement le vœu.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de Thèse,*

BALTHAZARD.

H. CLAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — *Traité des fièvres pernicieuses intermittentes*. Paris, 1804.
- A. CARLES. — *Des fièvres intermittentes chez les enfants*. Thèse Paris, 1881.
- AUGIER. — *Contribution à l'étude des accès pernicioeux algides*. Thèse Bordeaux, 1887.
- ARMAND-DELILLE, ABRAMI, PAISSEAU, LEMAIRE. — *Paludisme macédonien*. Paris, 1917.
- ABBATUCCI. — *Le paludisme en Corse*. Presse médicale, n° 31, 10 avril 1922.
- BASU (R.-K.). — *A case of malignant malaria of an unusual type*. Indian M. Gaz., Calcutta, 1921, LVI, 56-58.
- BACHON. — *Mémoires de médecine militaire*. 3^e série, t. XXXIX.
- BARREAU. — *Contribution à l'étude de l'aphasie, suite de fièvre typho-palustre*. T. Montpellier, 1890.
- BOINET. — *Congrès de médecine de Rome*, 1894.
— *De l'accès pernicioeux cholériforme au Tonkin*. Revue de médecine, 1890.
- BOISSEAU. — *Aphasie transitoire et accès de fièvre palus-*

- tre. Gaz. hebdom. de médecine et chirurgie, 1871.
- BUGEY (L.). — *Contribution à l'étude des réactions méningées dans le paludisme*. Thèse, Alger, 1920.
- BLANG. — *De l'accès pernicieux apoplectiforme*. Arch. de médecine militaire, 1887, tome IX.
- BILLET (A.). — *Presse médicale*, 6 avril, 1901.
- BARD. — *Des accidents pernicieux d'origine palustre*. Th. d'agrégation, 1883.
- BREUILLARD. — *Thèse de Paris*, 1870.
- CAZENEUVE (H.-J.). — *Le paludisme indigène de Lanester près de Lorient*. Bull. Soc. path. exotique, Paris, 1920, Xiii, 461-468.
- CHEYROU. — *Accès pernicieux et coup de chaleur*. J. de méd. de Bordeaux, 1921.
- COMMÉLÉRAND. — *Névrose et paludisme*. Thèse Bordeaux, 1902.
- CATRIN. — *Les fièvres palud. dites pernicieuses, leur prophylaxie*. Gaz. hebdom. de méd. et de chir., mai 1895.
- CHABAL. — *Thèse de Bordeaux*, 1897.
- CHAVIGNY. — *Complications nerveuses et mentales du Paludisme*. XXII^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes.
- CARDAMATIS et KANELIS. — *Travail présenté à l'Académie de médecine le 11 avril 1899*. (Progrès médical, 1^{er}-10-1898).
- D'AMFRÉVILLE (L.). — *Le paludisme à Casablanca (Maroc)*. Bull. Soc. path. exotique, Paris, 1920, Xiii.
- DEMILLY. — *Thèse de Lyon*, 1897.

- DUMOLARD, AUBRY et TROLARD. — *Complications nerveuses du paludisme*. Revue Neurologique, 30 juillet 1912.
- DUTROULAU. — *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*.
- DUBERGÉ. — *Le Paludisme*. Paris, 1896.
- EMILE-WEIL (P.) et PLICHET. — *Un cas de fièvre tierce maligne autochtone, terminé par la mort*. Bull. et Mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris, 1920, Xliv, 1276-1279.
- FERNET. — *Société médicale des hôpitaux*. 15 novembre 1901 ; 13 janvier 1905.
- FOURNIER. — *Thèse de Montpellier*, 1866.
- GLYNN (E.-E.) et MATTEWS (J.-C.). — *A fatal case of malignant tertian malaria contracted in the North of England*. Brit. N. J. London, 1920, ii.
- GAUSRAY (Aimé). — *Contribution à l'étude des manifestations nerveuses dans le Paludisme*. Th. Alger, 1909-1910.
- GRALL. — *La malaria des armées en campagne*.
- GUÉGUEN. — *Etude sur la marche de la température dans les fièvres intermittentes*. Paris, 1878.
- GUINON. — *Des agents provocateurs de l'hystérie*. Thèse Paris, 1889.
- GALTIER (Marc). — *Le Paludisme autochtone à type tierce maligne*. Thèse Paris, 1920-1921.
- HESNARD (A.). — *Paludisme et psychoses constitutionnelles*. Arch. de méd. et pharm. nav. Paris, 1922, CXii, 287-293.
- HIKARY. — *Hallucinations lilliputiennes et paludisme*.

(Observation personnelle). Ann. méd. psychol., Paris, 1922.

HARTMANN (C.). — *Traitement du paludisme par une nouvelle méthode d'injections intra-veineuses de quinine*. Bull. Soc. path. exotique, Paris, 1920, Xiii, 748-759.

HOMEM DE NELLO. — *Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le paludisme*.

JOB (E.) et HIRTZMANN (L.). — *Etude sur le paludisme au Maroc et en Macédoine*. Rev. méd. de l'Est, Nancy, 1920, XIViii.

JOURDAN. — *Archives de médecine militaire*, 1896, t. XXVII, page 388.

JANESO. — *Un cas de fièvre palustre apoplectiforme*. Semaine médicale, 4 février 1903.

JOUSSET. — *De la fièvre pernicieuse à forme dysentérique*. Thèse Paris, 1872.

LÉGER (M.) et BÉDIER (E.). — *Considérations sur la morphologie du Plasmodium précoce à propos d'un cas d'accès pernicieux*. Bull. Soc. path. exot., Paris, 1922, XV, 1010-1015.

LÉVY-VALENSI. — *Précis de Psychiatrie*. Paris, 1926.

LE DANTEC. — *Pathologie exotique*.

LEJONNE. — *De l'influence du paludisme sur le développement des névroses*. Thèse Lyon 1890.

LAVERAN. — *Traité des fièvres palustres*.

LECLERC (J.). — *Contribution à l'étude des états délirants au cours du paludisme*. Thèse Paris, 1919-1920.

- LEMOINE et CHAUMIER. — *Annales médico-psychologiques* 1893. *Revue de médecine*, 1903.
- LORTAT-JACOB et GAIN. — *Coma paludéen avec réaction méningée*. *Bull. Soc. méd. hôp.*, déc. 1909.
- LINQUETTE. — *Une année en Cochinchine*. *Rec. mém. de médecine militaire*, 1864.
- LIBERMANN. — *Des fièvres pernicieuses de la Cochinchine*. *Rec. mém. de méd. militaire* 1862.
- MRINESCO (G.) et DRAGANEBSO (S.). — *Influence nocive du néosalvarsan sur les sujets atteints de syphilis et de malaria. Contribution à l'étude des lésions histologiques des centres nerveux dans la malaria comateuse*. *Compte rendu Soc. de biol. Paris*, 1924, XC.
- MARANDON DE MONTYEL. — *Annales médico-psychologiques*, 1893. *Revue de médecine*, 1903.
- MAILLOT. — *Traité des fièvres intermittentes ou irritation cérébro-spinales épidémiques*.
- MAUREL. — *Traité des mald. palud. à la Guyanne*. *Paris*, 1883.
- MORANI. — *Thèse de Montpellier*, 1868.
- NAPIAS. — *Essai sur la fièvre pernicieuse algide*. *Thèse Paris*, 1870.
- OBREGIA (A.) et POPEA (A.). — *Deux cas de psychose-palustre (étude anatomo-clinique)*. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Bucarest*, 1924, Vi.
- ROGER (H.). — *Pigmentation cryptogénétique de la muqueuse buccale et linguale ; coma palustre avec réaction méningée*. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1920, Xliv.

RÉGIS (E.). — *Précis de Psychiatrie*. 5^e édition.

REY. — *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*.
Toulouse, 1897. Congrès de médecine inter.,
Montpellier, 1898.

REYNAUD. — *Paludisme, accès épileptiforme*. Arch. de
méd. navale, 1888.

SABRAZÈS. — *Quelques syndromes et séquelles du système nerveux central dans le paludisme*. Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1923, XLIV.

TROLARD. — *Contribution à l'étude des manifestations nerveuses du paludisme aigu*. Th. d'Alger, 1912.

VAN MALLEGHEM (Robert). — *Contribution à l'étude du paludisme de Macédoine*. Thèse Paris, 1920.

